

El Centro De Intervención De Jovenes Del Condado De Lancaster

235 Circle Avenue
Lancaster, Pennsylvania 17602

El Consentimiento Médico Y La Información Médica Sueltan Forma

Por este medio doy mi conformidad a Lancaster County Youth Intervention Center y PrimeCare Medical Services, actualmente el cuidado de mi niño:

(EL NOMBRE DEL NIÑO)

Para hacer los preparativos para una rutina cuidado médico y dental incluyendo pero no limitado para la inmunización necesaria, la vacunación, la prueba de la tuberculosis. y los reconocimientos generales médicos y dentales inclusivos de rutina Diagnostic experimentando. Más allá doy mi consentimiento Para todos los procedimientos de emergencia, médicos y dentales que han conservar su vida o impide El deterioro permanente suyo o su salud en caso el tiempo no permita obtener consentimiento personal para estos Los procedimientos. También consiento en la liberación de información médica y / o los registros médicos para Lancaster County Youth La intervención Center y PrimeCare Medical Services mientras mi niño es un residente de su centro.

El TESTIGO: _____

FIRMADO: _____

La FECHA: _____