



Santa Ynez Tribal Health Clinic
good health for all people

90 Via Juana Lane
Santa Ynez, CA, 93460
p: (805) 688-7070
f: (805) 686-2060
www.sythc.org

CONSENTIMIENTO PARENTAL AUSENTE

Yo, _____,
(Nombre de la impresión)

el legal padre; guarda; otro (especifique): _____,

de _____,
(Nombre de la impresión del menor de edad)

dé por este medio mi permiso para _____,
(Nombre de la impresión del representante autorizado)

para buscar y obtener la atención médica para el menor de edad arriba
nombrado en mi ausencia.

Lanzo por este medio la clínica de salud tribal de Santa Ynez, su personal, y a
sus agentes de cualesquiera y de todo el daño que puedan resultar de este
tratamiento.

Seguiré habiendo este permiso en efecto hasta que publique una revocación
escrita.

Firma del padre o del guarda

Número de teléfono del contacto

Fecha

Firma del testigo

Fecha