

**Franklin Primary Health Center, Inc.  
(FPHC)**

**FORMULARIO DE PERMISO**

\_\_\_\_\_ entiendo que al firmar esta  
autorización, estoy de acuerdo en que solo las personas indicadas a continuación pueden  
buscar o autorizar el tratamiento médico para mi hijo/a/dependiente.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha