Hallmark Chiropractic

633 Roanoke Avenue , Riverhead , NY 11901

Consentimiento para el tratamiento quiropráctico de un menor

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo:

Los médicos / la oficina mencionada anteriormente administrarán la atención quiropráctica, según lo consideren necesario, a mi (s) hijo (s).

Nombre ( s ) del niño (s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el niño ( s ) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_