



## CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE UN MENOR

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
---------------------	---------------------

NOMBRE DEL GUARDIÁN PARENTAL:	NUMERO DE TELEFONO:
-------------------------------	---------------------

CONCEDO AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA QUE EL PACIENTE MENOR INDICADA ANTERIORMENTE RECIBA TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN BROOKLYN BODY WORKS PHYSICAL THERAPY, PC Y BROOKLYN BODY WORKS PHYSICAL THERAPY & WELLNESS EN EL CASO QUE NO LE PUEDA ACOMPAÑAR.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_