



Tampa Family Health Centers

Phone: (813) 397-5300 | www.tampafamilyhc.com

Oficinas Administrativas:

302 W. Fletcher Ave Tampa, FL 33612

Phone: (813) 866-0930 Fax: (813) 866-0929

P.O. Box 82969 Tampa, FL 33682

AUTORIZACION PARA TRATAR A UN MENOR

Fecha: _____

A Quien Pueda Interesar:

Yo, _____,

(Nombre del Padre/Tutor Legal)

doy _____ permiso a traer a _____

(Nombre de Hijo/Hija)

a **Tampa Family Health Centers, Inc.** para ser tratado(a) por el Proveedor a cargo.

Si el centro tuviera alguna pregunta en referencia a mi hijo(a) pueden contactarme al _____.

(Numero de Contacto)

Sinceramente,

Firma del Padre/Tutor Legal

Nombre (Favor de Imprimir)

Direccion

Ciudad, Estado, Codigo Postal

Notario Publico

En este ___ dia de _____, 20 _____,

_____ comparece ante mi.

Personalmente Conocido

Valido I.D.