**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR**

POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA:

Yo, siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del Menor/Nino)

Por el presente autorizo y doy mi consentimiento a cualquier evaluación y tratamiento quiropráctico que se consideren necesarios para mi niño/a.

Entiendo que las recomendaciones y instrucciones de doctor para el cuidado y tratamiento debe ser cumplido de lo contrario el doctor no puede ser responsable.

Nombre del Padre/Tutor (Letra de Imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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