

Nader Y. Abdelsayed M.D., P.C.

Carta De Consentimiento

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ autorizo al doctor Nader Y. Abdelsayed como mi  
(Nombre del Paciente)  
proveedor de servicios médicos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorización para menores de edad:

Yo, como padre/guardián de \_\_\_\_\_ autorizo al doctor Nader Abdelsayed que provea el servicio o evalúe a la menor. También autorizo al doctor para atender a la paciente sin mi presencia. Yo seré responsable del cobro por el servicio médico.

Firma del Padre o Guardián:  
\_\_\_\_\_

Fecha de hoy:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_