



# Healthcare Solutions Centers, LLC

4831 N 11th Street Phoenix, AZ 85014  
Phone (602) 424-2101 Fax: (602)424-2103

Yo, \_\_\_\_\_, soy el tutor legal de \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_.  
(Nombre del tutor) (Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento del paciente)

**Doy mi consentimiento para que mi hijo sea visto sin la presencia de un tutor.**

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Guardián) (Guardián)

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Testigo) (Testigo)

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