

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE GENESEE
Consentimiento para el tratamiento
de niños y adolescentes

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del niño _____

Dirección del niño _____

Teléfono del padre/madre _____

Nombre del padre/madre/tutor _____

Nombre del médico _____

Tipo de seguridad _____

Si es Medicaid, número _____

Yo _____, doy mi consentimiento a _____
(padre/madre/tutor) (nombre de la persona que trae al niño)

para que lleve a mi niño mencionado anteriormente al Departamento de Salud del Condado de Genesee para
una prueba de detección de plomo el día _____.
(fecha)

(firma del padre/madre/tutor) (fecha)

Si tiene alguna pregunta antes de la fecha del servicio, por favor llame al teléfono 810-257-3833.

