

Autorización para Recoger Prescripciones

YO, (SU NOMBRE) _____, EL PADRE/MADRE/GUARDIÁN LEGAL DE LOS NIÑOS, POR LA PRESENTE AUTORIZO A LOS INDIVIDUOS DESIGNADOS ABAJO COMO "INDIVIDUO AUTORIZADO" RECOGER PRESCRIPCIONES PARA MIS HIJOS EN LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM EN MI AUSENCIA. ESTO NO AUTORIZA A LOS INDIVIDUOS PEDIR PRESCRIPCIONES SIN MI CONSENTIMIENTO. LOS INDIVIDUOS ESTARÁN LISTOS PARA MOSTRAR IDENTIFICACIÓN CON FOTO Y FIRMAR PARA LA PRESCRIPCIÓN CUANDO LLEGUE A LA CLÍNICA. YO PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TENGO QUE AVISAR A LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE SALEM DE CUALESQUIERA CAMBIOS A LA AUTORIZACIÓN DE LOS INDIVIDUOS.

Firmado por _____

Fecha _____

INDIVIDUOS AUTORIZADOS

Nombre Completo de los Individuos Autorizados

Relación a los niños

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

NIÑOS

Nombre Completo de los Niños

Fecha de Nacimiento

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

