



Orange County Diagnostics
Offices: Mission Viejo, Ladera Ranch and Laguna Woods

CONSENTIMIENTO
para la administración de
Exámenes de Diagnóstico en su Hijo / Hija

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: __/__/_____

A quien corresponda;

El medico de su hijo o hija doctor _____ ha decidido que es médicamente necesario para llevar a cabo el siguiente examen de su hijo / hija.

Pedido del médico: _____

Motivo de examen: _____

Yo, _____, como los
parientes/guardianes de _____ dan a
Orange County Diagnóstico mi consentimiento para tener el examen antedicha realizada.

Firma de paciente/pariente/guardián: _____ Fecha: __/__/_____

Relación al paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: __/__/_____