



## **DIMURO PAIN MANAGEMENT**

### **AVISO AL PACIENTE:**

- Por favor tenga en cuenta que DiMuro Pain Management debe de mantener los registros medicos de los pacientes menores de edad hasta que cumplan los 23 años.
- Cualquier historial medico de pacientes adultos sera destruido después de 7 años.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR**

Yo autorizo a DiMuro Pain Management, y a quien el/ella designe como asistentes, a administrar el tratamiento que se considere necesario para mí:

Hijo  Hija

---

Firma de Padre/Guardian Legal

---

Fecha de Accidente

---

Nombre Escrito de Padre/ Guardian Legal

---

Fecha de Hoy

---

Presenciado Por

---

Fecha de Hoy

---

Contacto de Emergencia:

---

Relación Con Menor:

---

Número de Teléfono #

---

Dirección: