

## PERMISO PARA TRATAR A UN MENOR

Doy mi permiso para que mi hijo menor, \_\_\_\_\_,  
(Nombre del niño)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, para recibir  
(número de seguro social del niño) (fecha de nacimiento del niño)

Los servicios de terapia física o terapia ocupacional con Health  
Sphere Wellness Center. Además, firmo que yo soy el guardián legal  
de este menor y soy responsable de todas las decisiones tomadas a  
favor de este niño relativas a su salud física.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha