

Consentimiento para Tratamiento

Nombre del Paciente: _____

Voluntariamente acepto dar mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por Pediatric Psychology Associates para mi mismo o para un miembro de mi familia.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letras de imprenta: _____

Si es aplicable, relación con el Menor/Paciente: _____

