

## *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: \_\_\_\_\_

