

Arlington Vision Center
325 N McLeod Ave
Arlington, WA 98223
Phone (360)435-2043 Fax (360)435-6014

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR UN MENOR DE EDAD

Soy el padre o tutor legal de _____ (nombre impreso del menor de edad). Yo _____ (nombre del padre/tutor) doy consentimiento para el examen de los ojos y la prestación de estos cuidados, incluyendo los procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico que se considere necesario para mi hijo menor de edad. Además, entiendo que soy financieramente responsable de los gastos derivados de la atención de mi hijo. Esto incluye copagos, coseguros y costos no cubiertos por el seguro médico. Yo entiendo que el médico y otros proveedores que atienden a mi hijo tomarán todas las precauciones de seguridad razonables durante su cuidado.

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____

LENTES DE CONTACTO O ANTEOJOS (GAFAS)

Estoy dando permiso para que _____ (nombre impreso de menor de edad). Reciba el examen adicional, el entrenamiento y el gasto que pueda ser necesario para los lentes de contacto o los anteojos (gafas).

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____

- ANTEOJOS (GAFAS)
- EVALUCION DE LENTES DE CONTACTO (Y entrenamiento si es necesario)
- LENTES DE CONTACTO

Marcando las casillas de arriba le está dando permiso para que Arlington Vision Center proporcione los servicios listados arriba.