



VIPediatrics

Seema Sharma MD

Forma de permiso para citas medicas

Por favor circule:

Permiso Temporario

o

Permiso indefinido

Nombre de el(los) pacientes

Desde _____ yo _____

(Fecha de hoy)

(Nombre de el papa o guardian)

Le doy permiso a _____ para llevar a mi(s) hijo(s)

(Nombre de la persona que usted apunta)

mencionados arriba a sus citas en el caso que yo no pueda.

Si esto es temporario porfavor especifique las fechas

_____ to _____.

(Start Date)

(End Date)

Firma de Padre/ Guardian: _____

Porfavor si tiene cualquier cambio dejenos saber lo antes posible.

Office 702-749-7979 | Fax 702-749-7985 |
www.vipediaticsvegas.com | 1725 South Rainbow Boulevard
Suite 18 Las Vegas, NV 89146