

# CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio, doy mi  
(CLIENTE/RESIDENTE, PADRE/MADRE, O REPRESENTANTE AUTORIZADO)

consentimiento para un examen físico de \_\_\_\_\_  
(CLIENTE/RESIDENTE)

por un médico designado por el Departamento de Servicios Sociales de

California. También doy mi consentimiento para cualquier examen de

laboratorio asociado con el examen médico con el propósito de investigar

la posibilidad de abuso o descuido de \_\_\_\_\_.  
(CLIENTE/RESIDENTE)

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DE LA PERSONA QUE DA SU AUTORIZACIÓN)

\_\_\_\_\_  
(RELACIÓN/PARENTESCO CON EL CLIENTE/RESIDENTE—SI NO ES EL CLIENTE/RESIDENTE)

\_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN)

\_\_\_\_\_  
(CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL)