



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Como participante, representante autorizado o curador, por la presente doy mi consentimiento para que, si se necesita atención médica de emergencia, doy permiso para cualquier tratamiento que el médico considere necesario para preservar la vida, la integridad física o el bienestar de la persona nombrada a continuación.

Participant

Fecha

Participant e, Representante Autorizado o Conservador

Fecha

Los participantes tienen las siguientes alergias:

Dirección de casa

Telefono de casa

Telefono Móvil