CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN MÉDICO

Yo, _____, por este medio, doy mi
(CLIENTE/RESIDENTE, PADRE/MADRE, PAREJA DOMÉSTICA, 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)