



- Naheed Rahman, MD, F.A.A.P. • Mario Garza, Jr., MD, F.A.A.P. • Paul S. Herman, MD, F.A.A.P. • Veronica Goytia, MD, F.A.A.P. • Farah Mamedov, MD, F.A.A.P. • Grace C. Leonardo, MD, F.A.A.P. • Rosabelle McConkey, MD, F.A.A.P. • Margaret McPherson, MD, F.A.A.P. • Mark Lorenzen, MD, F.A.A.P. • Tracey Y. Louie, MD, F.A.A.P. • Huda Battikhi, MD, F.A.A.P. • Sandy Nguyen, APRN, FNP-C • Tami Pogue, RN, MS, C-PNP • Kathy LeBeouf, RN, MSN, CPNP •

NCMC Office
21216 Northwest Fwy., Ste. 470
Cypress, TX 77429
Tel: 281-469-2838
Fax: 281-469-9314

Cypress Skinner Office
13611 Skinner Rd, Ste 145
Cypress, TX 77429
Tel: 281-304-7337
Fax: 281-469-9314

Cypress Springs Office
7626 Fry Road, Ste 500, Cypress,
TX 77433
Tel: 281-469-3305
Fax: 281-469-9314

Katy Office
22762 Westheimer Pkwy., Ste. 560,
Katy, TX 77450
Tel: 281-921-0590
Fax: 281-469-9314

Fulshear Office
11605 S Fry Rd., Ste. 108
Fulshear, TX 77441
Tel: 281-469-4340
Fax: 281-239-2104

Autorizacion para Consentimiento Medico

Soy el padre/ tutor legal de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No autorizo a ninguna otra persona dar consentimiento del cuidado medico de mi(s) hijo(s)

Si autorizo a las siguientes personas dar consentimiento del cuidado medico de mi(s) hijo(s):

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Nombre: _____ Relacion al Paciente: _____

Esta autorizacion permite a las personas mencionadas anteriormente dar consentimiento sobre:

Atencion Medica Laboratorios Vacunas Inyecciones Antibioticas Prescripciones

Esta autorizacion permanecera vigente hasta que sea revocada por escrito por mi. Por la presente certifico que tengo la autoridad legal para delegar mi autoridad en el consentimiento para el cuidado y que ningun acuerdo legal me impide delegar autoridad.

Firma: _____ Fecha: _____

Relacion al paciente(s): Madre Padre Tutor Legal