

BANGOR HEALTH CENTER
VAN BUREN COMMUNITY MENTAL HEALTH
ACUERDO PARA MODIFICAR / RESCINDIR SERVICIOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Como padre / tutor legal del menor mencionado anteriormente, estoy modificando / rescindiendo el consentimiento previo por escrito para los servicios del Centro de Salud de Bangor de la siguiente manera:

- El tratamiento médico realizado por Bangor Health Center solo se permitirá si me contactan y doy mi aprobación para la prestación del servicio antes de que mi hijo sea visto en el Centro de salud para cada cita / visita.
- Ningún tratamiento o servicio será provisto por el personal del Centro de Salud de Bangor. El consentimiento previo por escrito queda rescindido para todos los servicios.

Mi decisión de modificar y / o terminar servicios se debe a las siguientes razones:

Firma del padre / representante legal y fecha

Received by (Recibido por) Bangor Health Center

Date: _____

By: _____