



860 Hebron Parkway Suite 202
Lewisville TX, 75057
Phone: 972-315-3705
Fax: 972-315-3502

PARENTAL CONSENT FORM
Formulario De Consentimiento De Los Padres

Date/ (Fecha): _____

I (yo)_____ **give permission for the person/ persons** (Doy permiso para que la persona/ personas)

1. _____
2. _____
3. _____

To seek medical treatment as necessary for my child/ children include D.O.B (Para Buscar tratamiento medico cuando sea necesario para mi hijo/ hijos Por favor incluir fecha nacimiento)

We greatly appreciate your presence and choosing us for the care of your child/children. (Estamos muy agradecidos por su presencia y su preferencia por el cuidado de su hijo/ hijos.)

Guardian signature/ Firma de padres