

JOHN W. CURRENS, M.D.
 RONALD W. LANE, M.D.
 FRANK M. MELVIN, M.D.
 ROBERT B. MOORE, M.D.
 TED B. RHENEY, JR., M.D.
 JASON M. ROBERTS, M.D.
 STEPHEN R. SEAL, M.D.



Asheville Head, Neck and Ear Surgeons, P.A.

EAR SURGERY
 FACIAL SKIN CANCER
 MAXILLOFACIAL SURGERY
 FACIAL PLASTIC SURGERY
 OTOLARYNGOLOGY
 ENDOSCOPIC SINUS SURGERY
 HEAD AND NECK SURGERY
 AUDIOLOGY AND HEARING AIDS

Consentimiento para el Tratamiento de un Niño Menor de Edad

Yo, en mi carácter de padre/madre o tutor de _____,
 solicito al Dr. _____ y a su personal a prestar los servicios médicos
 necesarios para mi hijo y los autorizo a hacerlo, incluso si yo no estuviera presente.

A continuación se enumeran las personas que están autorizadas a llevar a mi hijo para que reciba
 tratamiento:

 Firma del Padre, la Madre, o el Tutor

 Fecha y Hora

 Testigo

 Fecha y Hora

| ASHEVILLE | EAST ASHEVILLE | BREVARD | HENDERSONVILLE | MARION |
|--|---|---|---|---|
| 1065 Hendersonville Rd. Asheville, NC 28803 (828) 254-3517 FAX (828) 253-6960 1-800-228-3127 | 1000 Centre Park Dr. Asheville, NC 28805 (828) 254-3517 | 188 Medical Park Dr. 7-B Brevard, NC 28712 (828) 884-6702 | 709-D North Justice St. Hendersonville, NC 28791 (828) 698-2350 | 20 W. Medical Park Dr., Suite 2 Marion, NC 28752 (828) 652-9620 |