



- 1315 Stelton Road, Piscataway, NJ, 08854: 📞 (732) 819-8800
- 652 Amboy Ave, Edison, NJ, 08837: 📞 (732) 738-1341
- 171 Elmora Ave, 3rd Fl, Elizabeth, NJ, 07202: 📞 (908) 289-2239
- 1555 Ruth Rd, STE 4, North Brunswick, NJ, 08902: 📞 (732) 398-0900
- 330 Livingston Ave, STE 4, New Brunswick, NJ, 08901: 📞 (732) 545-9878
- 550 Newark Ave, STE 305, Jersey City, NJ, 07306: 📞 (201) 963-2320
- 666 Plainsboro Road, Suite 1300, Plainsboro, NJ, 08536: 📞 (609) 750-1521
- 3099 Country Rd, 516 C, Old Bridge, NJ, 08857: 📞 (732) 679-8200
- 2099 Palisade Avenue, Union City, NJ, 07087: 📞 (201) 865-6750

## Formulario de consentimiento para la perforación de orejas

Por la presente autorizo a My Whole Child Pediatrics a realizar la perforación de las orejas de mi hijo. Me han explicado los riesgos que implica el procedimiento. Entiendo que seré responsable económicamente de este procedimiento. Por la presente autorizo a My Whole Child Pediatrics a divulgar cualquier información médica o incidental que sea necesaria para cualquier atención médica asociada con este procedimiento.

Al firmar a continuación, indico que:

- 1) He leído este formulario de consentimiento
- 2) Entiendo los términos de este formulario de consentimiento y
- 3) Acepto los términos de este formulario de consentimiento.

Nombre del paciente:(Por favor imprima)\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto:\_\_\_\_\_

Padre/Tutor:(Por favor imprima)\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Testigo\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_

E Site: [www.mywholechildpediatrics.com](http://www.mywholechildpediatrics.com)  
 E Mail: [drmehtotra@mwcpeds.com](mailto:drmehtotra@mwcpeds.com)  
 Fax: (732) 819-8801

[www.mywholechild.org](http://www.mywholechild.org)

