**Autorización de cuidados e intervención quirúrgica**

*(Autorisation de soins et d'hospitalisation )*

El Sr./la Sra. …………………………………………………………… autoriza todos los cuidados necesarios a la salud de su hijo: …………………………………………………… del 09 al 16 de mayo de 2017.

*(Traduction: M. /Mme. …………… autorise tous les soins nécessaires à la santé de son enfant du 09 au 16 mai 2017) :*

Firma del padre/de la madre :

*(signature du père /de la mère)*

**Autorización de cuidados e intervención quirúrgica**

*(Autorisation de soins et d'hospitalisation )*

El Sr./la Sra. …………………………………………………………… autoriza todos los cuidados necesarios a la salud de su hijo: …………………………………………………… del 09 al 16 de mayo de 2017.

*(Traduction: M. /Mme. …………… autorise tous les soins nécessaires à la santé de son enfant du 09 au 16 mai 2017) :*

Firma del padre/de la madre :

*(signature du père /de la mère)*

**Autorización de cuidados e intervención quirúrgica**

*(Autorisation de soins et d'hospitalisation )*

El Sr./la Sra. …………………………………………………………… autoriza todos los cuidados necesarios a la salud de su hijo: …………………………………………………… del 09 al 16 de mayo de 2017.

*(Traduction: M. /Mme. …………… autorise tous les soins nécessaires à la santé de son enfant du 09 au 16 mai 2017) :*

Firma del padre/de la madre :

*(signature du père /de la mère)*