

**RIVER OAK CENTER FOR CHILDREN
5445 Laurel Hills Drive
Sacramento, California 95841**

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Autorizo lo servicios de medicina conductual del Centro Infantil River Oak para

_____.

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del niño/a de 12 años de edad o mayor _____ Fecha: _____

Firma de la persona adulta que recibe los servicios _____ Fecha: _____

Firma del personal _____ Fecha: _____

Client Name: _____ DOB _____ Program _____