



2175 Lemoine Ave, 6th Floor, Fort Lee, NJ 07024 T: (201)886-9000 F: (201)227-1789  
144-72 Northern Blvd, Suite 203, Flushing, NY 11354 T: (718)886-9000 F: (718)961-0666  
220 E 161<sup>ST</sup> Street Ground Floor, NY 10451 T: (718)292-9197 F: (718)292-4429  
40-12 80<sup>TH</sup> Street, Elmhurst, NY 11373 T: (718)886-9000 F: (718)961-0666

## **Authorization de los Padres y Formulario de Consentimiento**

La persona que firmara abajo, autorizara y dara su consentimiento a Los Proveedores De Metro Dermatology:

***Hyun-Soo Lee, M.D.***

***Diana Sun, M.D.***

***Stephanie Hu, M.D.***

***Charles Kwak, M.D.***

***Carey Kim, M.D.***

***Hanna Park, NP-C***

***Stacy Li, PA-C***

***Yu Jin Kim, PA-C***

***Christine Chen, PA-C***

***Samantha Hussain, PA-C***

***Sujin Kim, PA-C***

***David Shin, PA-C***

***Curtis Chen, PA-C***

para ver a mi hijo(a), \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

quien es menor de edad, para una evaluacion medica y tratamiento para 6 meses a partir de la fecha que se firma este formulario. Debido a circunstancias inevitables, no puedo ir con mi hijo(a) para esta visita. La emision de esta autorizacion puede ser usada para cualquier proposito legal que pueda servir.

**Print Name and signed** \_\_\_\_\_

Parents/Legal Guardian

**Date:** \_\_\_\_\_