



CLÍNICA
ESPERANZA DE VIDA

FERIA DE SALUD 2026 ¡CUIDARTE TAMBIÉN ES VIVIR!

CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

INFORMACIÓN DEL MENOR DE EDAD

NOMBRE COMPLETO: _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GÉNERO: ____ F ____ M

DIRECCIÓN: _____

INFORMACIÓN ADULTO RESPONSABLE

NOMBRE COMPLETO: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN: _____

CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, ____ Padre, ____ Madre o ____ Tutor de _____ y siendo mayor de 18 años; y habiendo recibido información satisfactoria acerca de los procesos sanitarios, autorizo y libero de responsabilidad e inconvenientes a los servidores voluntarios, sucesores, descendientes o instituciones organizadoras de este evento de cualquier consecuencia de los procedimientos, que con buena fe y profesionalismo realicen en favor de mi hijo(a) en la feria de salud realizada para toda comunidad en la ciudad de Keene, Texas.

Firma

Fecha

Auspiciado por las Iglesias Adventistas y otras organizaciones de servicio a la comunidad de esta zona.

Clinica@KeeneHSDA.org | (940) 647-4161 | 306 Hwy. E. 67 Business, Keene, Texas | PO Box 499, Keene, TX 76059