



HOT SPRINGS HEALTH PROGRAM

Mail or Fax all Correspondence to:
590 Medical Park Drive
P.O. Box 69
Marshall, NC 28753
P: (828) 649-9566
F: (828) 649-2780

MARS HILL
MEDICAL CENTER
119 Mountain View Road
Mars Hill, NC 28754
P: (828) 689-3507
F: (828) 649-2780

MASHBURN
MEDICAL CENTER
590 Medical Park Drive
Marshall, NC, 28753
P: (828) 649-3500
F: (828) 649-2780

HOT SPRINGS
MEDICAL CENTER
66 NW US 25/70 HIGHWAY
Hot Springs, NC 28743
P: (828) 622-3245
F: (828) 649-2780

LAUREL
MEDICAL CENTER
80 Guntertown Road
Marshall, NC 28753
P: (828) 656-2611
F: (828) 649-2780

Consentimiento para el Tratamiento de un Niño Menor de Edad

Fecha de nacimiento del niño: ____/____/____

Yo, siendo el padre o tutor de _____, solicito y permito que los Proveedores del Programa de Salud de Hot Springs y su personal brinden los servicios de salud necesarios para mi hijo, incluso si no estoy presente.

A continuación hay una lista de personas que pueden traer a mi hijo para recibir tratamiento:

Firma del padre/tutor

____/____/____
Fecha

Testigo

____/____/____
Fecha