

**Vandalism Consent**

* Appropriate behavior in and around Pediatric Medical Group’s office and grounds is expected.
* Parents/guardians are responsible to properly supervise their children(s) actions and behavior at all times. Our staff cannot be responsible for your children.
* In the events of any intentional or unintentional vandalism, damage, defacing, or marring of Pediatric Medical Group property the patient and/or family **will be asked to leave the practice.**

Patient name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardian Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento de Vandalismo**

* Debe de tener un comportamiento adecuado en la oficina y en los alrededores de Pediatric Medical Group.
* Padres y/o tutores seran responsables de supervisar a cada hijo(a) incluyendo su comportamiento y acciones en todo momento. Nuestros empleados no son responsables por el comportamiento de ellos.
* En cualquier evento intencional o involuntario de vandalismo y/o cualquier daño a la propiedad de Pediatric Medical Group el paciente y/o la familia se le pedira que se retire de la oficina.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del encargado o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_