

Señores

**SERVICIOS HOSPITALARIOS DE DUBÁI**

Ciudad

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN APROBACIÓN SERVICIOS**

Estimados Señores:

Autorizamos a **ANDREA CAROLINA IZQUIERDO FERRO**, identificada con **Pasaporte Nº BD152068**, y/o **SANDRA MILENA IZQUIERDO FERRO**, identificada con **Pasaporte Nº PE165222** para que aprueben cualquier tratamiento y/o Cirugía que en caso de enfermedad o accidente eventualmente pueda necesitar mi hija: \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ pasaporte Nº \_\_\_\_\_ y RH (tipo de sangre) \_\_\_\_\_.

**Padres de la menor:**

\_\_\_\_\_

**Nombres y apellidos de la madre**

CC Nº \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nombres y apellidos del padre**

CC Nº \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO DEBE SER AUTENTICADO**