



Consent for Treatment without Parent or Guardian Present

Patient Name: _____ **DOB:** _____

I authorize and give permission to the following individual(s) that are adults to accompany my child for treatment and to make decisions for any necessary treatment. The person bringing the child in must remain with the child while the child is being seen. This permission will remain in effect until revoked by the parent or guardian.

Emergency contact number(s) for parent/guardian: _____

Parent/Guardian Signature (Printed): **Parent/Guardian Signature:** **Date:**

Name of individual	Relationship to child	Phone number
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Office Use Only

ID verified by: _____

Date: _____



Consentimiento para el tratamiento de menores sin la presencia de los padres o tutores legales

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo y doy permiso a la(s) siguiente(s) persona(s), que son adultos, para acompañar a mi hijo(a) para recibir tratamiento y tomar decisiones sobre cualquier tratamiento necesario. La persona que trae al menor de edad debe permanecer con el (ella) mientras reciba tratamiento. Este permiso permanecerá en efecto hasta que sea revocado por el padre o tutor.

Número(s) de contacto de emergencia para padre(s)/tutor legal: _____

Nombre completo del padre/tutor legal:

Firma del padre/tutor legal:

Fecha:

Nombre del acompañante:

Relación con el niño(a)

El número de teléfono

Sólo uso de Office

ID verified by: _____

Date: _____