



Assignment of Others to Accompany Minors Medical

Patient's Name/ Nombre del Paciente: _____

Birthdate/ Fecha de Nacimiento: _____ Chart # _____

*This section needs to be completed for children under the age of 18 by a parent or legal guardian ONLY.
Esta sección debe ser completada para los niños menores de 18 años de edad por un padre o guardián legal SOLAMENTE.*

I affirm that I am the parent or legal guardian for the above named minor child. If I am unable to accompany my child, I give permission for the individuals named below to escort my child for treatments:

Yo afirmo que soy el padre, madre o el guardián legal del niño(a) que esta listado arriba. Si no puedo acompañar a mi hijo(a), doy permiso a las personas nombradas a continuación para acompañar a mi hijo(a) a los tratamientos:

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____

If child is over 13, please check one/ Si su hijo(a) es mayor de 13 años de edad, por favor marque uno:

- Since my child is over the age of 13, I also give permission for him/her to present for treatment *unaccompanied* by an adult. Ya que mi hijo(a) tiene más de 13 años de edad, también doy permiso para que él/ella se presente para tratamiento *sin* la compañía de un adulto.
- In the event of a medical emergency, when I cannot be reached, I give permission to perform whatever is deemed necessary by the treating provider. En caso de una emergencia, cuando no se me pueda contactar, yo doy permiso que se considere necesaria por el proveedor tratante.
- Although my child is over 13, I wish to be present for all treatments performed. Aunque mi hijo(a) es mayor de 13 años, yo deseo estar presente para todos los tratamientos proveídos

(Signature of parent or legal guardian)
(Firma de padre, madre o guardián legal)

This consent shall be considered in effect until rescinded or revoked.