

AUTHORIZATION OF CONSENT TO TREATMENT OF MINOR

I, _____ Parent or Legal Guardian of _____
Parent/Guardian Name Minor Name

a minor child, and have the power to consent to medical treatment for him/her. I authorize and appoint

_____ as my agent to consent to medical treatment of the minor, such
Person Responsible

medical treatment to include, without limitation: X-ray examination; anesthetic treatment; medical, dental, or surgical examination or treatment; and general hospital care. No prior treatment of life-threatening emergency or danger of serious or permanent injury resulting from delay of treatment need be made under this authorization.

I will indemnify and hold harmless from any expense or claim of any nature any entity that provides or causes to be provided examination, treatment, or hospital care under this authorization (except to the extent such entity is negligent therein) and agree to make or cause to be made, by assignment of third-party benefits or otherwise, full and complete payment of such examination, treatment, or hospital care.

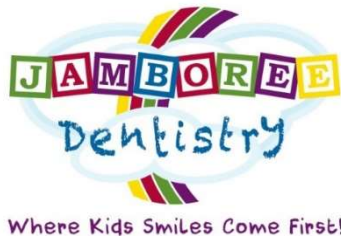
Responsible Person: _____ Relationship to minor: _____

Minor's Name: _____ DOB: _____

Signed on _____
Date

Signature of Parent or Legal Guardian

*****PLEASE NOTE THIS CONSENT DOES NOT APPLY TO PROCEDURES PLANNED WITH ORAL CONSCIOUS SEDATION AND/OR GENERAL ANESTHESIA. A PARENT OR GUARDIAN MUST BE PRESENT AND REMAIN IN THE OFFICE FOR THE ENTIRE PROCEDURE IF ORAL SEDATION OR GENERAL ANESTHESIA ARE UTILIZED*****



AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENORES

Yo, _____ Padre o tutor legal de _____
Nombre del Padre de Familia / Guardian Nombre Menor

un niño menor de edad, y tiene el poder de consentir a un tratamiento médico para él / ella. Autorizo y nombro _____ como mi agente para consentir el tratamiento médico del menor, como
Persona Responsable

tratamiento médico que incluye, sin limitación: examen de rayos X; tratamiento anestésico; examen o tratamiento médico, dental o quirúrgico; y atención hospitalaria general. Bajo esta autorización no se necesita tratamiento previo de emergencia que ponga en peligro la vida o peligro de lesiones graves o permanentes como resultado de la demora del tratamiento.

Indemnizaré y mantendré indemne de cualquier gasto o reclamo de cualquier naturaleza a cualquier entidad que proporcione o haga que se le brinde un examen, tratamiento o atención hospitalaria bajo esta autorización (excepto en la medida en que dicha entidad sea negligente) y acepto hacer o causar a realizarse, mediante la asignación de beneficios de terceros o de otro modo, el pago total y completo de dicho examen, tratamiento o atención hospitalaria.

Persona responsable: _____ Relación con menores: _____

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firmado _____
Fecha

Firma del padre o tutor legal

*****TENGA EN CUENTA QUE ESTE CONSENTIMIENTO NO SE APLICA A PROCEDIMIENTOS PLANIFICADOS CON SEDACIÓN DE CONSCIENCIA ORAL Y / O ANESTESIA GENERAL. UN PADRE O TUTOR DEBE ESTAR PRESENTE Y PERMANECER EN LA OFICINA PARA TODO EL PROCEDIMIENTO SI SE UTILIZA SEDACIÓN ORAL O ANESTESIA GENERAL*****