

TO: _____
Doctor / Doctor

_____ Department / Departamento

_____ Patient's Name / Nombre de Paciente

_____ DOB / Fecha de Nacimiento

_____ Address / Dirección

_____ City, State, Zip / Ciudad, Estado, Area Postal

_____ Telephone # / Numero de Teléfono

I hereby permit the following individual(s) to participate in my child's (identified above) medical care.
Doy, por este medio, mi consentimiento para que los individuos siguientes participen en la asistencia médica de mi hijo/hija (identificado arriba).

- _____ (relationship / relación - _____)
- _____ (relationship / relación - _____)
- _____ (relationship / relación - _____)

These individuals may... / *estos individuos pueden...*

- contact the medical offices for the purpose of scheduling and confirming appointments.
contactar y hablar con las oficinas médicas para hacer y confirmar citas.
- contact the staff and/or pediatrician caring for my child to ask questions about his/her on-going care.
contactar el personal y/o pediátrico cuidando mi hijo/hija para preguntar acerca de su cuidado.
- bring my child to medical appointments, including blood work, vaccines administration or minor procedures such as removal of impacted cerumen and foreign body, urethral catheterization and suture or staple removal. / *traer a mi hijo/hija a las citas médicas, incluyendo análisis de sangre, administración de vacunas o procedimientos menores como remover cera y cuerpo extraño, caterización uretral y remover puntos o grapas.*

These individuals may not initiate or change treatment plans without my consent. If there are any questions or concerns, please feel free to contact me. / *Estos individuos no pueden iniciar ni cambiar planes del tratamiento sin mi consentimiento. Si hay cualquier pregunta o preocupación, siéntese libre en contactarme.*

_____ Date / Fecha _____ Relationship / Relación _____ Printed Name / Nombre _____ Signature / Firma

This form is valid until one year from the date of signature unless otherwise revoked.
Esta forma es válida hasta un año de la fecha de firma a menos que lo revocó de otro modo.

I hereby revoke this form as of _____ - _____ - ____ / *Yo revocó esta forma desde* _____ - _____ - ____

MM - DD - YY MM - DD - AA

This form is not a substitute for obtaining informed consent from the parent or legal guardian in accordance with the Informed Consent Policy.
Esta forma no es un sustituto para obtener consentimiento informado de un padre ni un guardián legal de acuerdo con la Guía de Consentimiento Informado.