

AUTHORIZATION TO TREAT A MINOR

I hereby consent to and authorize the administration of all diagnostic and therapeutic treatments that may be considered advisable or necessary in the judgment of the attending physician for the treatment/diagnosis of:

Minor's Name

Minor's Birth Date

I hereby authorize the physician to release any information acquired in the course of the minor's examination or treatment.

Signature of Parent/Guardian

Date

AUTORIZACION DE UNA TERCERA PERSONA PARA DAR TRATAMIENTO MEDICO A UN MENOR DE EDAD.

(Yo) (Nosotros), Padre(s), Madre, del suscrito(a) y con la custodia/tutela legal de

_____, menor de edad, pro medio de esta authorize (amos) a
Nombre del Menor

_____. Como agente(s) del suscrito(a) y doy (damos) nuestro consentimiento para que le tomen radiografias, le hagan pruebas da diagnostico (incluyendo analisis de sangre, orina, pruebas en la piel, inmunizaciones) y tratamiento medico externo (no incluyendo cirugia). Que se considere prudente ye que se efectue bajo la supervision general o especial de un Doctor en Medicina, con autoirzaction para practicar de acuerdo a lo previsto en el Acta de Practica Media (Medical Practice Act), ya sea que dichos tratamientos or diagnosticos se efectuen en:

(Nombre de la Clinica)

Padre/Madre/Tutor Legal

Date

SINDU PILLAI, M.D.