

CONSENT FOR NON-PARENT TO BRING MINOR CHILD TO APPOINTMENT
CONSENTIMIENTO PARA QUE LOS NO PADRES TRAIGAN AL MENOR DE EDAD A LA CITA

Name of Patient: _____

Date of Birth: _____

I am the parent or guardian of

(legal name of patient).

I have the legal right to consent to all medical, dental, and behavioral health treatment for this child (patient).

I authorize the following individual, who is a person over 18 years of age and whose relationship to the child is:

(Person bringing child to appointment)

(Relationship to child)

* Include full legal name and date of birth

to bring the child to his or her medical appointment, and to consent to all medical, dental, and behavioral health treatment which is deemed necessary by the providers at Coastal Health & Wellness at the time of the appointment. I understand that this delegation includes receiving health information about the minor necessary to make immediately necessary health care decisions. This consent is valid until revoked in writing by me, the parent or legal guardian.

Signature of Parent or Guardian

Print Name

Date

Contact information for parent/guardian:
Phone Number

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Soy el padre o tutor de:

(nombre legal del paciente)

Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para todos los tratamientos médicos, dentales y de salud conductual para este niño (paciente).

Autorizo a la siguiente persona, que es una persona mayor de 18 años de edad y cuya relación con el niño es:

(Persona que lleva al niño a la cita)

(Relación con el niño(a))

* Incluir nombre legal completo y fecha de nacimiento

para llevar al niño a su cita médica y dar su consentimiento para todo el tratamiento médico, dental y de salud conductual que los proveedores de Coastal Health & Wellness consideren necesario en el momento de la cita. Entiendo que esta delegación incluye recibir información de salud sobre el menor necesaria para tomar las decisiones de atención médica inmediatamente necesarias. Este consentimiento es válido hasta que sea revocado por escrito por mí, el padre o tutor legal.

Firma del padre o tutor

Imprime su nombre

Fecha:

información de contacto para padres/tutores: Número de teléfono