

# Moon Valley Pediatrics

## MEDICAL CONSENT TO TREAT MINOR CHILDREN

PATIENT NAME \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, parent/legal guardian of \_\_\_\_\_, do hereby consent to any medical care determined by a physician to be necessary for the welfare of my child while said child is under the care of:

Name(s) of Caretaker(s)

Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

and I am not reasonably available by telephone to give consent. The above-mentioned caretaker(s) are authorized to:

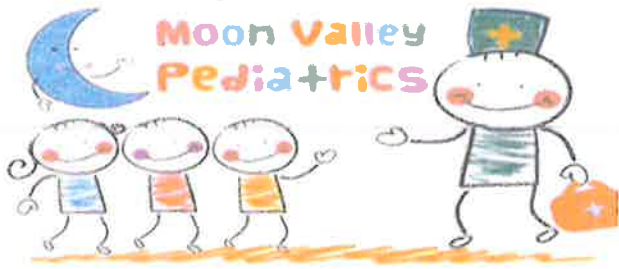
- obtain medical treatment and procedures for the child as may be appropriate in emergency circumstances, including treatment by physicians and other appropriate healthcare providers.
- obtain routine medical treatment from appropriate healthcare providers if symptoms of illness occur (e.g., fever, coughing, irregular breathing, unusual rashes, swallowing problems, etc.).

This temporary authorization shall be effective from today's date and shall remain effective until revoked in writing from the undersigned.

Printed Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA TRATAR MENORES DE EDAD

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, padre o tutor legal de la \_\_\_\_\_, consentimiento para atención médica determinada por un médico son necesarios para el bienestar de mi hijo niño bajo el cuidado de:

Nombres o caretaker(s)	relación al niño
_____	
_____	
_____	

y no estoy razonablemente disponible por teléfono para dar su consentimiento. La taker(s) de atención antes mencionados está autorizados para:

- obtener tratamiento médico y procedimientos para el niño como pueden ser apropiados en circunstancias de emergencia, incluyendo el tratamiento por los médicos y otros proveedores de atención médica adecuadas.
- obtener tratamiento médico habitual de los proveedores de atención médica adecuados si se presentan síntomas de enfermedad (p. ej., fiebre, tos, irregular respiración, erupciones inusuales, tragar problemas, etcetera).

Esta autorización temporal será efectiva desde \_\_\_\_\_ y permanecerá vigente hasta su revocación de los abajo firmantes.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

FIRMA DEL PADRE O TUTOR