



**Authorization for a Minor to Receive Treatment
Without Parent or Legal Guardian Present**

My child, _____ Date of Birth: _____

May be seen for health care at FAMILY Circle of Care when brought by the following person(s) until his/her 18th birthday:

<u>NAME</u>	<u>RELATIONSHIP</u>
_____	_____
_____	_____

I will notify FAMILY Circle of Care if any of the above changes. This authorization begins on the date below and remains in effect unless revoked in writing.

I understand that I will be billed for health care visits. I understand that fees are based on a sliding-fee scale based on my income, but that no one is refused treatment for inability to pay.

The person(s) named above may review and sign a consent form for the health care provided to my child.

I understand that a health care provider may contact me regarding my child’s care if the provider considers it in my child’s best interest.

I DO NOT GIVE CONSENT TO:

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Relationship: _____

(Must be Parent or Legal Guardian)

**VERBAL Authorization for a Minor to Receive Treatment
Without Parent or Legal Guardian Present**

Where Applicable:

Child’s Name: _____ Date of Birth: _____

Parent or Legal Guardian: _____

As the parent or legal guardian, I give verbal consent to the following person(s) to accompany my child for treatment on (Date) _____.

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Witnesses to Verbal Consent: (2)

Name Date

Name Date



**Autorización para que un menor reciba tratamiento
Sin padre o tutor legal presente**

Mi hijo, _____ Fecha de Nacimiento, _____

Puede ser atendido para recibir atención médica en el Círculo de Atención FAMILIAR cuando lo traiga la (s) siguiente (s) persona (s) hasta que cumpla 18 años:

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACIÓN</u>
_____	_____
_____	_____

Notificaré a FAMILY Circle of Care si alguno de los cambios anteriores cambia. Esta autorización comienza en la fecha a continuación y permanece vigente a menos que se revoque por escrito.

Entiendo que se me facturarán las visitas de atención médica. Entiendo que las tarifas se basan en una escala de tarifas móviles basada en mis ingresos, pero que a nadie se le niega el tratamiento por no poder pagar.

Las personas mencionadas anteriormente pueden revisar y firmar un formulario de consentimiento para la atención médica brindada a mi hijo.

Entiendo que un proveedor de atención médica puede contactarme con respecto a la atención de mi hijo si el proveedor lo considera en el mejor interés de mi hijo.

NO DOY CONSENTIMIENTO PARA:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Relación: _____

(Debe ser padre o tutor legal)

**Autorización VERBAL para que un menor reciba tratamiento
Sin padre o tutor legal presente**

Donde Corresponda:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre o tutor legal: _____

Como padre o tutor legal, doy mi consentimiento verbal a las siguientes personas para que acompañen a mi hijo por tratamiento el (Fecha) _____.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Testigos del consentimiento verbal: (2)

Nombre Fecha

Nombre Fecha