



CONSENT TO TREAT MINOR

Patient Name: _____ DOB: _____

I _____ give permission to the following to accompany my child to his/her appointment
(Name of Parent/Guardian)

- 1. _____ Relation: _____
- 2. _____ Relation: _____
- 3. _____ Relation: _____

This adult is authorized to provide a history of my child’s present illness, disclose protected health information, and witness any physical exam completed by the provider. This adult has the responsibility to relay any diagnosis, treatment plan, or prescription(s) to me.

***For minors 16-17 years old (or who turn 16 years old after the completion of this form)**

By Checking this Box I _____ give permission to my child to
(Name of Parent/Guardian)

attend to his/her appointment alone without my presence and authorize treatment for my child at OLE Health. This includes providing a history of present illness, disclosure of protected health information, and the Child’s responsibility for relaying any diagnosis, treatment plan, or prescriptions to me.

***Administration of any immunizations or medical procedures will only be performed at the discretion of the primary medical care provider.**

***This section is also NOT valid for Dental or Psychiatry vists.**

I agree to be available by phone to any of the phone numbers provided.

Primary phone: _____ Secondary phone: _____

I agree to be financially responsible for all copays and coinsurance.

Parent or Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

*Consent expires 1 year after signature date



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo _____ doy permiso a las siguientes personas de acompañar a mi hijo/a a sus citas.
(Nombre del padre/Guardián)

1. _____ Parentesco: _____

2. _____ Parentesco: _____

3. _____ Parentesco: _____

Este adulto está autorizado para proporcionar un historial de la enfermedad actual de mi hijo, divulgar información médica protegida y ser testigo de cualquier examen físico realizado por el proveedor. Este adulto tiene la responsabilidad de comunicarme cualquier diagnóstico, plan de tratamiento o receta (s).

Para menores de 16 y 17 años (o que cumplan 16 años después de completar este formulario)

Al marcar aquí Yo _____ doy permiso a mi hijo para que
(Nombre del padre / tutor)

asista solo a su cita sin mi presencia y autorizo el tratamiento para mi hijo en OLE Health. Esto incluye proporcionar un historial de la enfermedad actual, la divulgación de información médica protegida y la responsabilidad del niño de comunicarme cualquier diagnóstico, plan de tratamiento o recetas. **Esto excluye la administración de cualquier vacuna.**

Acepto estar disponible para hablar por teléfono en cualquiera de los números telefónicos proporcionados.

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Acepto ser responsable financieramente por todos los copagos y costos de seguro.

Firma del padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

* El consentimiento vence 1 año después de la fecha de la firma