

### **Authorization to Treat a Minor**

I, the undersigned, hereby authorize providers at CCMH Medical Clinic to provide medical treatment and/or surgical treatment to my child.

I further authorize the following people acting on my behalf to consent to such medical and/or surgical treatment as CCMH Medical Clinic's medical providers may deem medically necessary or advisable for my child.

Parent/Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

Parent/Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

Adult's Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

Adult's Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

Adult's Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

This authorization shall remain in effect until \_\_\_\_\_ (date) and can be changed by legal parent/guardian at any time.

#### **Information about the Child**

Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Child's Date of Birth: \_\_\_\_\_

#### **Signature/Authorization**

Parent/Legal Guardian's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Print Name)

Relationship: ( )Mother ( )Father ( )Legal Guardian ( )Other: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Parent/Legal Guardian)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(CCMH Employee)

## **Autorización para Tratar a un/a Menor**

Yo, el abajo firmante, autorizo a los proveedores de la Clínica Médica de CCMH a brindar tratamiento médico y/o quirúrgico a mi hijo/a.

Asimismo, autorizo a las siguientes personas que actúan en mi nombre a dar su consentimiento para cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico que los proveedores médicos de la Clínica Médica de CCMH consideren médicamente necesario o aconsejable para mi hijo/a.

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Adulto/a: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Adulto/a: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Nombre de Adulto/a: \_\_\_\_\_ Relación a el/la Niño/a: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Esta autorización será válida hasta \_\_\_\_\_ (fecha) y puede ser modificado por el padre/madre o guardian legal en cualquier momento.

### **Información Sobre El/La Niño/a**

Nombre Completo del Niño/a: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Niño/a: \_\_\_\_\_

### **Firma/Autorización**

Nombre de Padre/Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Imprimir Nombre)

Relación: ( )Madre ( )Padre ( )Guardian Legal ( )Otro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Padre/Guardian Legal)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(CCMH Employee)