Permission to Treat a Minor Without a Parent/Guardian Present

By law, any child under the age of 18 years old cannot be seen by a doctor without consent from a parent or legal guardian. If the minor arrives with someone other than a parent or legal guardian, we must have written or verbal permission from the parent or legal guardian that this person has been appointed by you to act on your behalf. This form gives any **Redwood Coast Medical Service Provider** permission to treat the minor listed in accordance with the provisions of Family Code Section 6910. This authorization is given pursuant to Health and Safety Code Section 1283.

CHILD'S (PATIENT) INFORMATION:

Last Name _____ First Name _____ MI _____ DOB _____

APPOINTED ADULT:
Please list the individual who may give us consent to see your child when you are not present.

Name _____ DOB _____ Relationship to Patient _____

Name _____ DOB _____ Relationship to Patient _____

Name _____ DOB _____ Relationship to Patient _____

DURATION: This authorization is valid:

- ❑ For any and all medical and dental treatment for <u>one year from the date signed</u>
- ❑ Today's visit only _____ / _____ / _____
- ❑ For a specific date range. Please specify: _____

LIMITATIONS:
Identify any limitations on the kinds of medical or dental services for which this authorization is given:

_____

AUTHORIZATION:
I request and authorize **Redwood Coast Medical Services** and its personnel to deliver routine medical or dental care as may be deemed necessary or advisable in the diagnosis and treatment of my child listed above. This may include, but are not limited to: medical or dental evaluations, physical exams, routine immunizations, injections, x-rays, and lab work. I also acknowledge that I am responsible for <u>all reasonable charges</u> in connection with care and treatment rendered during this period.

Parent/Guardian Name (please print) _____ DOB _____

Parent/Guardian Signature _____ Date Signed _____

IN CASE OF AN EMERGENCY: I can be reached by telephone at _____

If verbal consent is given for a one-time visit, two **Redwood Coast Medical Services** employees must sign.

Employee Signature – 1st _____ Date Signed _____

Employee Signature – 2nd _____ Date Signed _____

Permiso Para Tratar a un Menor sin un Padre/Tutor Presente

Por ley, cualquier niño menor de 18 años no puede ser visto por un médico sin el consentimiento de un padre o tutor legal. Si el menor llega con alguien que no sea un padre o tutor legal, debemos tener un permiso escrito o verbal del padre o tutor legal para que esta persona haya sido designada por usted para actuar en su nombre. Este formulario le otorga permiso a cualquier **Proveedor de Servicios Médicos de Redwood Coast** para tratar al menor que figura en la lista de acuerdo con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de la Familia. Esta autorización se otorga de conformidad con la Sección 1283 del Código de Salud y Seguridad.

MENOR (PACIENTE) INFORMACIÓN:

Apellido | Nombre | Segundo Nombre | Fecha de Nacimiento

ADULTO DESIGNADO:
Enumere a la persona que puede darnos su consentimiento para ver a su hijo cuando usted no está presente.

Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación con el paciente

Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación con el paciente

Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación con el paciente

DURACIÓN: Esta autorizacion es valida:

- ❑ Para todos y cada uno de los tratamientos médicos y dentales durante un año a partir de la fecha de firma
- ❑ Solo visita de hoy _____ / _____ / _____
- ❑ Para el rango de fecha específico. Por favor especifica:_____

LIMITACIONES:
Cualquier limitación en los tipos de servicios para los cuales se otorga esta autorización:

AUTORIZACIÓN:
Solicito y autorizo a **Redwood Coast Medical Services** y su personal para brindar atención médica o dental de rutina, según se considere necesario o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento de mi hijo (a) mencionado anteriormente. Esto puede incluir, entre otros, evaluaciones médicas o dentales, exámenes físicos, inmunizaciones de rutina, inyecciones, radiografías y análisis de laboratorio. También reconozco que soy responsable de todos los cargos razonables relacionados con la atención y el tratamiento brindados durante este período.

Nombre del padre/tutor (por favor imprima) | Fecha de Nacimiento

Firma de Padre/Tutor de Paciente | Fecha Firmada

EN CASO DE EMERGENCIA: Puedes llamarme por telefono al _____

If verbal consent is given for a one-time visit, two **Redwood Coast Medical Services** employees must sign.

Employee Signature – 1st | Date Signed

Employee Signature – 2nd | Date Signed