

MINOR CONSENT

PATIENT INFORMATION		Account Number:	
PATIENT'S Last Name:	First Name:	MI:	Date of Birth:
PARENT/GUARDIAN Name:			

I give consent for my child to receive treatment deemed necessary by the providers at Flint Hills Community Health Center. This consent includes, but is not limited to: examination, anesthetic, diagnosis, procedure, or treatment on the advice of the provider. I understand that no invasive treatment will be performed unless I am notified by telephone. In the event of an emergency, when I cannot be reached, I give permission for the provider to treat my child.

My child, _____ is 16 or 17 years old and able to drive themselves to their appointments. I understand the consent above and I agree to be available by telephone during the appointment times.

Initial Here:

Telephone Number:

If I am unable to accompany my child, I give permission to the following individuals the authority to escort, arrange, and/or consent to treatment in my absence.

Name:	Relationship to Patient:	Phone Number:
1.		
2.		
3.		

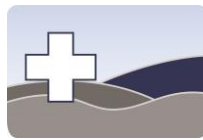
THIS CONSENT SHALL BE CONSIDERED IN EFFECT UNTIL RESCINDED OR REVOKED.

Signature of parent/legal guardian:

Signature of Witness:

Date:

Manager Signature:



MINOR CONSENT

INFORMACIÓN DE PACIENTE		Account Number:	
Apellido de PACIENTE:	Primer Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Padre/Guardián:			

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba el tratamiento que los proveedores del Centro Comunitario de Salud Flint Hills consideren necesario. Este consentimiento incluye, entre otros: examen, anestesia, diagnóstico, procedimiento o tratamiento por recomendación del proveedor. Entiendo que no se realizará ningún tratamiento invasivo a menos que se me notifique por teléfono. En caso de una emergencia, cuando no me pueden localizar, doy permiso para que el proveedor trate a mi hijo(a).

Mi hijo(a), _____ tiene 16 o 17 años y puede conducir solo a sus citas. Entiendo el consentimiento anterior y acepto estar disponible por teléfono durante el horario de la cita.	
Iniciales Aquí:	Teléfono Principal:

Si no puedo acompañar a mi hijo, doy permiso a las siguientes personas la autoridad en acompañar, organizar y / o consentir el tratamiento en mi ausencia.		
Nombre:	Relación al Paciente:	Teléfono:
1.		
2.		
3.		

ESTE CONSENTIMIENTO DEBERÁ CONSIDERARSE EN VIGOR HASTA SER RECHAZADO O REVOCADO		
Firma del Padre/Guardián:		
Firma del Testigo:		
Fecha:		

Manager Signature:
