



CONSENT TO TREAT MINOR CHILDREN
(Please print all information)

ACMC suggests that parents with minor children complete this Consent-to-Treat-Minor form. The form gives legal permission to treat your child in case of illness or injury if you cannot accompany your child.

The law requires ACMC to receive permission from a child's parent or legal guardian before treatment of illness or injury that is not life threatening. If this form does not accompany the person bringing the child in for treatment, the parent or legal guardian must be contacted prior to treatment.

This consent will be maintained with your child's medical chart for a period of 24 months from the date signed, unless cancelled in writing. If you wish to change the authorization at any time, please feel free to contact us.

I, _____, parent or legal guardian of _____,

born _____, does hereby consent to any medical care and the administration of anesthesia determined by a physician to be necessary for the welfare of my child while said child is under the care of:

Name: _____ Relationship: _____
Name: _____ Relationship: _____
Name: _____ Relationship: _____
Name: _____ Relationship: _____

This authorization is effective from _____ to _____.

Signature of Parent or Legal Guardian

Date

Verbal permission is given by parent or legal guardian for child's visit on _____ Date

ACMC Employee Signature

ACMC Employee Name
(please print)



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A NIÑOS MENORES DE EDAD
(Por favor escriba toda la información)

ACMC sugiere que los padres de familia con niños menores de edad completen esta forma de "Consentimiento-para tratar a menores". La forma da permiso legal para tratar a su niño/a en caso de una lesión o enfermedad por si usted no puede acompañarlo.

La ley requiere que ACMC reciba un permiso de parte del padre/madre o guardián legal del niño/a antes de que pueda ser tratado por una lesión o enfermedad que no sea amenazante a su vida. Si esta forma no viene junto con la persona que trae a su niño/a a su cita, se debe contactar al padre/madre o guardián legal antes de poder tratarlo.

Este consentimiento permanecerá en el expediente medico de su niño/a por un periodo de 24 meses de la fecha firmada, a menos que se cancele por escrito. Si desea cambiar la autorización en cualquier momento, favor de contactar nuestro Departamento Informativo de Salud.

Yo, _____, padre/madre o guardián legal

de _____, nacido el _____

por la presente consiento cualquier tipo de cuidado médico y la administración de anestesia según sea determinado por un doctor que sea necesario para el bienestar de mi niño/a mientras dicho niño/a este en el cuidado de:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Esta autorización es efectiva del _____ al _____

Firma del padre/madre o guardián legal

Fecha