

AUTHORIZATION TO TREAT UNACCOMPANIED MINOR CHILD

Autorización para tratar al niño menor no acompañado

(May be faxed to 281-491-0033 or brought with unaccompanied minor patient.)
(Puede ser enviado por fax a 281-491-0033 o traído con un paciente menor no acompañado.)

I hereby authorize either Thomas J. Parr, M.D. or Michael C. Maier, M.D. to examine and to treat the below named minor patient without my being present.

Por la presente autorizo a Thomas J. Parr, M.D. o Michael C. Maier, M.D. para examinar y tratar al paciente menor de edad sin mi presencia.

Patient's Name: _____
Nombre del paciente:

Date of Birth: _____
Fecha de nacimiento:

Your relationship to the patient is:
Su relación con el paciente es:

_____ Parent
Padre

_____ Legal Guardian
Guardián legal

_____ Other: _____
Otros

This authorization is valid for: _____ today only
Esta autorización es válida para hoy solamente

_____ between _____ / _____ / _____ and _____ / _____ / _____
entre y

_____ indefinitely, or until I revoke this authorization in writing.
indefinidamente, o hasta que revocar esta autorización por escrito.

I may be reached at (_____) _____ if either Dr. Parr or Dr. Maier needs to contact me about my dependent child's orthopedic condition or injury.

Puede que me alcancen en (_____) _____ si el Dr. Parr o el Dr. Maier necesitan contactar conmigo sobre la condición ortopédica o lesión de mi hijo dependiente.

(Patient's Signature / Firma del paciente)

(Print Your Name / Imprime tu nombre)

(Date / Fecha)