



AUTHORIZATION FOR A MINOR TO BE ACCOMPANIED BY SOMEONE OTHER THAN A PARENT

I, the undersigned, parent or guardian of:

Minor's Name Minor's date of birth

do hereby authorize:

Name: _____ Phone: _____

Address: _____ Date of Birth: _____

to act as agent for the undersigned to give consent to Salud Family Health Centers, its associated clinics or contracted entities, providers and staff ("Salud") to provide medical, dental and behavioral health care services to the Minor during the following year.

It is understood that this is a limited authorization given in advance of any specific diagnosis, treatment or care being required, but it is given to provide said agent with authority and power to give specific consent to any and all such medical, dental, and behavioral health care or treatment which a Salud provider, in the exercise of his or her best judgment, may deem advisable.

This limited authorization gives Salud authority to release the above-named Minor's medical information to the designated agent as necessary to allow the agent to make an informed decision regarding consent to treatment of the Minor.

This limited authorization shall be effective until _____ unless revoked earlier by the parent or guardian in writing or until the Minor reaches his/her 18th birthday. In any case, the authority granted herein shall not be valid for more than 12 months from the earliest date of this signed document below. I acknowledge responsibility for all charges in connection with care and treatment during the period mentioned above.

Relevant health history of Minor:

Parent/Legal Guardian Signature Date

Witness (Salud staff member) Date



AUTORIZACIÓN PARA QUE UN MENOR DE EDAD ESTÉ ACOMPAÑADO POR ALGUIEN DIFERENTE A SUS PADRES

Yo, el abajo firmante, padre o guardián legal de:

Nombre del menor

Fecha de nacimiento del menor

por medio de la presente autorizo a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

a actuar como representante del firmante para dar autorización a Salud Family Health Centers, a sus clínicas asociadas o entidades contratadas, proveedores y personal de Salud, para proporcionar servicios de atención médica, dental y de salud mental al menor de edad durante el año que viene.

Se entiende que esta es una autorización limitada que ha sido dada antes de cualquier diagnóstico, tratamiento específico o asistencia médica que se requiera, pero que se ha dado para darle a dicho representante la autoridad y el poder de dar consentimiento específico para cualquier tratamiento médico, dental, y de salud mental que un proveedor de Salud, haciendo uso su mejor criterio, estime conveniente.

Esta autorización limitada le permite a Salud compartir la información médica del menor mencionado anteriormente, con el representante designado en cuanto sea necesario para permitir que el representante tome una decisión informada en relación con el tratamiento del menor.

Esta autorización limitada será efectiva hasta el _____ a menos que sea revocada, por escrito, antes de esta fecha por el padre o guardián o hasta que el menor de edad cumpla los 18 años.

En cualquier caso, la autoridad otorgada en este documento no será válida por más de 12 meses a partir de la fecha de este documento firmado a continuación. Reconozco la responsabilidad de todos los pagos en relación con la atención y tratamiento durante el período antes mencionado.

Historia médica relevante del menor:

Firma del padre/guardián legal

Fecha

Testigo (miembro del personal de Salud)

Fecha