

PARENTAL CONSENT

Patient's Name: _____ Birthdate: _____

Medical Record #: _____

I affirm that I am the parent or legal guardian for the above named minor child. I give consent for my child to receive treatment deemed necessary by the providers of the Blackstone Valley Community Health Care Inc.

If I am unable to accompany my child, I give permission for the individuals named below to escort my child for medical services. I understand that it is encouraged that I am present for my child's annual physical.

The individuals listed below must be 18 years of age or older.

Name: _____ Relationship: _____ DOB: _____

Name: _____ Relationship: _____ DOB: _____

Name: _____ Relationship: _____ DOB: _____

Name: _____ Relationship: _____ DOB: _____

I understand that this consent shall be considered in effect until rescinded or revoked, up until the child's 18th birthday, becomes emancipated, the child's guardian changes, or for confidential encounters.

(Print Name) (Relationship) (Date)

(Signature of patient/Legal Guardian) (BVCHC Witness) (Date)

For BVCHC Staff use only

Label goes here

Staff: Please ask for ID when presenting for a visit.

CONSENTIMIENTO PATERNO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial médico #: _____

Confirmando que soy el padre o el responsable legal del menor mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba el tratamiento que los proveedores de Blackstone Valley Community Health Care Inc. consideren necesario.

Si no puedo acompañar a mi hijo, doy permiso a las personas citadas a seguir a mi hijo a los servicios médicos. Yo entiendo que es alentador estar presente para el examen físico anual de mi hijo.

Las personas que se enumeran a continuación deben tener 18 años o más.

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entiendo que este consentimiento se considerará en vigencia hasta que se anule o revoque, hasta que el niño cumpla 18 años, se emancipa, cambie el tutor del niño o para encuentros confidenciales.

(Imprimir nombre)

(Relación)

(Fecha)

(Firma del paciente / tutor legal)

(Testigo de BVCHC)

(Fecha)

Personal: solicite una identificación cuando se presente para una visita.