

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I understand that this consent shall be considered in effect until rescinded or revoked, up until the child's 18th birthday, becomes emancipated, the child's guardian changes, or for confidential encounters.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

CONSENTIMENTO PATERNO

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

História médica #: _____

Confirmando que sou o pai ou responsável legal do menor mencionado acima. Dou meu consentimento para que meu filho receba o tratamento que os provedores da Blackstone Valley Community Health Care Inc. considerem necessário.

Se eu não puder acompanhar meu filho, dou permissão para as pessoas citadas abaixo acompanharem meu filho aos serviços médicos. Eu entendo que é encorajador estar presente para o exame físico anual do meu filho.

Os indivíduos listados abaixo devem ter 18 anos de idade ou mais.

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____ Relacionamento: _____ Data de nascimento: _____

Eu entendo que este consentimento será considerado em vigor até que seja anulado ou revogado, até que a criança complete 18 anos, emancipe, mude o tutor da criança ou para reuniões confidenciais.

(Imprimir nome) (Relacionamento) (Data)

(Assinatura do Paciente / Guarda Legal) (Testemunha BVCHC) (Data)

Staff: Por favor, peça para ID quando se apresentar para uma visita.