

PATIENT LABEL AREA



MINOR CONSENT AUTHORIZATION FORM

I, _____ am the Parent/Legal Guardian (if Legal Guardian attach copy of court order, if available) of the child(ren) listed below and there are no court orders in effect that would prohibit me from conferring the power to consent upon another person.

I, _____, do hereby confer upon, _____,
Print Name of Parent/Legal Guardian Print Name of Person Authorized

residing at _____, the power to consent to necessary medical or mental treatment for the following child(ren):

Name: _____ Date of Birth: _____

Residing at: _____

Name: _____ Date of Birth: _____

Residing at: _____

Name: _____ Date of Birth: _____

Residing at: _____

and on the child(ren)'s behalf do hereby state that the power to consent which I confer shall not be affected by my subsequent disability or incapacity.

The power which I confer is specifically limited to health care and mental health care decision making and it may be exercised only by the person named above.

The person named above may consent to the following examinations and treatment for my child(ren) (check all that apply):

☐ Medical ☐ Dental ☐ Surgical ☐ Developmental and/or Mental Health (*excluding any psychotherapy notes*)

☐ Immunizations ☐ Other _____

and may have access to any and all records, including, but not limited to, insurance records regarding any such services as needed to make treatment and payment decisions.

I confer the power to consent freely and knowingly in order to provide for the child(ren) and not as a result of pressure, threats, or payments by any person or agency. This document shall remain in effect until it is revoked by my written notification to my child(ren)'s medical, mental health care, and insurance providers, and the person named above.

In witness whereof, I have signed my name to this medical consent authorization, consisting of _____ pages, on this _____ day of _____, 20_____ in _____, Pennsylvania.

Printed Name of Parent or Legal Guardian

Signature of Parent or Legal Guardian

Signature of Adult Person Who is Being Given Power to Consent



PATIENT LABEL AREA



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN DE MENORES

Yo, _____ soy el padre/madre/tutor legal (en caso de ser el tutor legal, adjunte una copia de la orden judicial si está disponible) del (de los) menor(es) que se menciona(n) a continuación, y no hay órdenes judiciales vigentes que me impidan conferir el poder de consentimiento a otra persona.

Por medio del presente, yo, _____, le confiero a, _____,
Nombre del padre/madre/tutor legal Nombre de la persona autorizada

quien reside en _____, el poder de prestar
consentimiento para el tratamiento médico o de salud mental necesario para el(los) siguiente(s) menor(es):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

y, en representación del (de los) menor(es), declaro que el poder de consentimiento que le estoy confiriendo no se verá afectado en caso de que yo quede discapacitado o incapacitado en el futuro.

El poder que confiero se limita específicamente a la toma de decisiones sobre la atención médica y de salud mental, y solo lo puede ejercer la persona antes mencionada.

La persona antes mencionada puede dar su consentimiento para los siguientes tipos de exámenes y tratamientos del (de los) menor(es) (marque todas las que correspondan):

☐ Médico ☐ Dental ☐ Quirúrgico ☐ Del desarrollo o de salud mental (*excepto notas de psicoterapia*)
☐ Vacunas ☐ Otros _____

y puede acceder a todos los registros, incluso los expedientes del seguro médico relativos a tales servicios, en la medida en que sean necesarios para tomar las decisiones sobre el tratamiento y sobre el pago.

Le confiero el poder de dar su consentimiento de forma libre y consciente a fin de favorecer al(a los) menor(es), y no como resultado de presiones, amenazas o pagos por parte de otra persona u organismo. Este documento permanecerá vigente a menos que entregue una notificación de revocación por escrito a los proveedores médicos, de salud mental y del seguro médico de mi(s) hijo(s), y a la persona mencionada anteriormente.

En testimonio de lo anterior, firmo esta autorización de consentimiento médico, que consta de _____ páginas, a los _____ días de _____, del 20_____ en _____, Pensilvania.

Nombre en letra de imprenta del padre/madre o tutor legal

Firma del padre/madre o tutor legal

Firma del adulto que recibe el poder de consentimiento

