



**AUTHORIZATION FOR TREATMENT OF A MINOR WITHOUT A PARENT PRESENT**

1. I, the undersigned, parent or guardian of:

\_\_\_\_\_  
Minor's Name Minor's date of birth

do hereby authorize and give consent to Salud Family Health Centers, its associated clinics, providers and staff ("Salud") to provide medical, dental and behavioral health care services to the Minor during the following year, even in my absence, when advised or recommended by a provider at Salud. I understand that it is within a provider's discretion when additional notification, consent or communication is required with the parent or legal guardian when rendering care to the Minor.

- 2. I understand that it is Salud policy that Minors must be accompanied by a parent or legal guardian to a visit unless the child is 13 years of age or older and I have signed this consent.
- 3. I understand it is my responsibility to secure transportation for my child to and from the clinic.
- 4. I understand that I can change my mind later on and decide I do not want my Minor to get services at Salud. If I change my mind, I agree to inform Salud of this decision by notifying a staff member or provider in a Salud clinic.
- 5. As of the date below, I understand that this consent form remains valid for one year, until Salud receives a written revocation from me, or until the Minor reaches his/her 18<sup>th</sup> birthday.
- 6. I understand that Salud needs to cover its expenses. I agree to allow Salud to bill any applicable health insurer. I will provide insurance information to Salud. If I do not have insurance, I agree to discuss the family's eligibility for available public insurance programs or sliding fee scale options with Salud. I acknowledge responsibility for all charges in connection with care and treatment during the period mentioned above.

**Signature of Parent/Legal Guardian:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Print Name of Parent/Legal Guardian:** \_\_\_\_\_

**Emergency Phone Number:** \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD SIN LA PRESENCIA DE SUS PADRES

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del menor

por medio de la presente, doy mi consentimiento y autorizo a Salud Family Health Centers, a sus clínicas asociadas, proveedores y personal de Salud, a proporcionar servicios de atención médica, dental y de salud mental al menor de edad durante el año que viene, incluso en mi ausencia, cuando así lo aconseje o recomiende un proveedor en Salud. Comprendo que está dentro de la discreción del proveedor la decisión de requerir notificación adicional, consentimiento o comunicación con el padre o guardián legal cuando se preste atención médica al menor de edad.

2. Comprendo que es política de Salud que los menores de edad deben estar acompañados por un padre o guardián legal en una visita, a menos que el niño tenga 13 años de edad o más y yo haya firmado esta autorización.
3. Comprendo que es mi responsabilidad garantizar el transporte de mi hijo a la clínica y de la clínica.
4. Comprendo que puedo cambiar de opinión más adelante y decidir que no quiero que mi menor de edad reciba servicios en Salud. Si yo cambio de opinión, acepto informar esta decisión a Salud por medio de un miembro del personal o proveedor de una clínica de Salud.
5. A partir de la fecha que está más abajo, es de mi conocimiento que este formulario de autorización es válido por un año, hasta que Salud reciba de mi parte una revocación por escrito, o hasta que el menor de edad cumpla sus 18 años.
6. Entiendo que Salud necesita cubrir sus gastos. Acepto permitirle a Salud facturar a cualquier compañía de seguro médico aplicable. Voy a darle a Salud la información sobre el seguro. Si yo no tengo seguro, acepto discutir con Salud la elegibilidad de la familia para los programas de seguros públicos o las opciones de descuento. Reconozco mi responsabilidad de todos los pagos en relación con la atención y el tratamiento durante el período antes mencionado.

Firma del padre/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta del padre/guardián legal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_