

Healthy Life Corporation  
10240 W Indian School Road, Suite 155, Phoenix, Arizona, 85037  
4338 W Thomas Road, Phoenix, Arizona, 85031  
14741 W Mountain View Blvd, Surprise, Arizona, 85374  
623-385-7900

## **Permission to Treat a Minor Patient in the Parent's Absence**

This form may only be signed by a parent, authorized legal guardian or designated medical power of attorney. You are still responsible for co-payments at the time of visit and for providing necessary documents (medical records, insurance cards, vaccine record, etc.) in order to allow for the best possible care for your child. Your designee will serve in your place to make medical decisions and to understand the medical advice provided. By signing this form it does not release you the parent from making prudent medical decisions or following the doctor's advice for your child's care. PROPER IDENTIFICATION WILL BE NEEDED AT THE TIME OF EACH VISIT. PLEASE BE ADVISED THAT THIS FORM CAN NOT BE USED FOR WELL CHILD CHECKS, VACCINES, OR NEW PATIENT VISITS. PARENT/LEGAL GUARDIAN MUST BE PRESENT FOR THESE VISITS.

Today's Date: \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ give permission for Dr. \_\_\_\_\_

and/or associates to administer any necessary medical treatments to my minor child:

Name of child \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

My child will be accompanied by \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Who is 18 years of age or older and is related to patient as a \_\_\_\_\_

This authorization will be effective in my absence from today's date until \_\_\_\_\_

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

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Healthy Life Corporation  
10240 W Indian School Road, Suite 155, Phoenix, Arizona, 85037  
4338 W Thomas Road, Phoenix, Arizona, 85031  
14741 W Mountain View Blvd, Surprise, Arizona, 85374  
623-385-7900

## **Permiso para Tratar a un Paciente Menor en Ausencia de los Padres**

Este formulario solo puede estar firmado por un padre, tutor legal autorizado o apoderado médico designado. Usted sigue siendo responsable de los co-pagos en el momento de la visita y de proporcionar los documentos necesarios (registros médicos, tarjetas de seguro, registro de vacunas, etc.) para permitir la mayor atención posible para su hijo/a. Su designado servirá en su lugar para tomar decisiones médicas y comprender los consejos médicos previstos. Al firmar este formulario, esto no lo libera a usted ni a sus padres de tomar decisiones médicas preterentes o seguir los consejos del médico para la atención de su hijo/a. SE NECESITARÁ UNA IDENTIFICACIÓN CORRECTA AL MOMENTO DE CADA VISITA. FAVOR DE INFORMARSE DE QUE ESTE FORMULARIO NO PUEDE UTILIZARSE PARA CHEQUEOS, VACUNAS O PACIENTES NUEVOS PARA NIÑOS. EL PADRE/TUTOR LEGAL DEBE ESTAR PRESENTE PARA ESTAS VISITAS.

Fecha: \_\_\_\_\_

Doy permiso a el Dr. \_\_\_\_\_ y/o asociados para administrar cualquier  
tratamiento médico necesario para mi hijo/a:

Nombre del niño \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Mi hijo estará acompañado por \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Quien es mayor de 18 años. Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Esta autorización entrará en vigor en mi ausencia desde la fecha de hoy hasta \_\_\_\_\_

Firma de Padres: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_