| **CONSENT TO TREAT** **MINOR CHILDREN** | ***CONSENTIMIENTO PARA TRATAR HIJOS MENORES DE EDAD***  |
| --- | --- |

**DATE:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Child’s Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Chart#:** \_\_\_\_\_\_\_\_

 *el nombre del niño*

**Child’s Date of Birth:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*fecha de nacimiento del niño*

**It is preferred that this consent be signed in person at GALATIANS COMMUNITY HEALTH. An emailed or faxed copy of the signed consent may be acceptable only if it is received prior to the patient’s care. Telephone consent should only be used as a “last resort” and is not recommended as a routine practice. This MUST be documented and followed up with this signed consent form.**

*Se prefiere que este consentimiento se firme en persona en GALATIANS COMMUNITY HEALTH. Una copia por correo electrónico o fax del consentimiento firmado puede ser aceptable solo si se recibe antes de la atención del paciente. El consentimiento por teléfono solo debe usarse como “último recurso” y no se recomienda como práctica habitual. Esto DEBE documentarse y seguirse con este formulario de consentimiento firmado.*

* **I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ the parent, legal guardian, legal custodian or person standing in loco parentis of the above named child, do hereby consent to any medical care and treatment by the authorized members of the GALATIANS COMMUNITY HEALTH Providers and/or staff.**

*\*Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el padre, el tutor legal, el tutor legal o la persona que se encuentra in loco parentis del niño mencionado anteriormente, consiente en recibir atención y tratamiento médico por parte de los miembros autorizados de los proveedores de GALATIANS COMMUNITY HEALTH y / o el personal.*

* **I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ the parent, legal guardian, legal custodian or person standing in loco parentis of the above named child, do hereby consent to allow the following person(s) to bring in my child for any needed medical care or treatment and to discuss that medical care or treatment re: my child: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*\*Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el padre, el tutor legal, el tutor legal o la persona que se encuentra in loco parentis del niño mencionado anteriormente, consiente en permitir que la (s) siguiente (s) persona (s) traigan a mi hijo (a) para cualquier atención o tratamiento médico necesario y para discutir esa atención médica o tratamiento re: mi hijo:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***This consent is effective for one year from the date of the signature below. I have read this form and understand its contents.***

*Este consentimiento es efectivo por un año a partir de la fecha de la firma a continuación. He leído este formulario y entiendo su contenido.*

|  |  |
| --- | --- |
| ***SIGNATURE:*** *(Parent, Legal Guardian, Legal Custodian or person standing in loco parentis)****FIRMA:*** *(Padre, tutor legal, custodio legal o persona in loco parentis)* | ***DATE*** |

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Witness Signature Witness Name: (Please Print)***