



BENACARE
MEDICAL CENTER, INC

CONSENT FOR TREATMENT OF MINORS

Date: _____

I, _____, give authorization to the staff of **Benacare Medical Center** to treat my child _____ . Date of Birth: _____

If there are any problems, I can be reached during the day at the following telephone number & address:

Parent's Name: _____

Telephone # (Cell) _____ (Home) _____

Address: _____

Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

Other responsible adults (over 18 years old) who will bring in my child in my absence are:

1. Name: _____ Relationship: _____

2. Name: _____ Relationship: _____

AUTORIZACION PARA BRINDAR TRATAMIENTO A UN MENOR

Fecha: _____

Yo, _____, autorizo al personal de **Benacare Medical Center** para que proporcione tratamiento a mi hijo/hija, _____ Fecha de nacimiento _____

En caso que sea necesario, pueden comunicarse conmigo durante el dia al siguiente domicilio y telefono:

Nombre de los padres: _____

Telefono (Cellular) _____ (Casa) _____

Domicilio: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Otras personas autorizadas mayores de 18 anos que traeran al nino(a) en mi ausencia:

1. Nombre: _____ Parentesco: _____

2. Nombre: _____ Parentesco: _____