

**AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT OF A MINOR IN THE ABSENCE OF
PARENTS/ LEGAL GUARDIAN**

(AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO DE UN MENOR EN LA AUSENCIA DE LOS PADRES/
GUARDIAN LEGAL)

I hereby authorize **FONSECA PEDIATRICS, LLC** to treat my child if I am unavailable.

(Por medio de la presente autorizo a **FONSECA PEDIATRICS, LLC** a tratar a mi hijo(a) en el caso que yo no esté disponible)

PATIENT'S NAME: _____
(Nombre del paciente)

Date of Birth: _____
(fecha de nacimiento)

I further authorize the following person(s) to bring my child to **FONSECA PEDIATRICS, LLC** for medical attention if necessary. I understand and have communicated to each person that their personal identification documents must be available for review by our staff each time they accompany my child for a medical visit.

(Además autorizo la(s) siguiente(s) persona(s) traer mi hijo(a) a FONSECA PEDIATRICS, LLC para recibir atención medica si es necesario. también entiendo y he comunicado a cada persona que sus documentos de identificación personal deben ser disponibles para revision de parte de nuestro personal cada vez que acompañen a mi hijo(a) para una visita medica.

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____
(NOMBRE) (RELACIÓN)

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____
(NOMBRE) (RELACIÓN)

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____
(NOMBRE) (RELACIÓN)

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN: _____
DATE: _____