



**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Authorization for Treatment of Minor/Ward**

I authorize the individuals listed below to bring my child/ward to the office and sign for assessment and treatment of my child/ward in the event I am unable to bring them myself.

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Description of information to be disclosed** – I authorize the practice to disclose the following protected health information about my child/ward to the person(s) identified above **(you must check at least one)**:

- Entire patient record, or circle **only** those items of the record to be disclosed
- Office notes
- lab results
- x-ray results
- Record of HIV and communicable disease record
- Hospital / nursing home / home health / hospice and other physician records
- Records of mental health or substance abuse treatment.
- Other (please specify): \_\_\_\_\_

**Expirations or termination of authorization:** This authorization will expire one year from your signature date below, unless you specify an earlier termination. You must renew or submit a new authorization after the expiration date to continue authorization. You have the right to terminate this authorization at any time. You must notify our privacy manager, in writing, if you decide to terminate the authorization prior to the normal expiration date, or complete a new form with a new expiration date and signature.

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



**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Autorización para el tratamiento del menor/pupilo**

Yo Autorizo a las personas nombradas a continuación a traer a mi hijo/pupilo al consultorio y firmar para la evaluación y tratamiento de mi hijo/pupilo en caso de que yo no pueda llevarlo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Descripción de la información a divulgar** – Autorizo a la práctica a divulgar la siguiente información de salud protegida sobre mi hijo/pupilo a las personas nombradas anteriormente:

Historial complete del paciente: o marque solo los elementos que desee divulgar.

notas del consultorio

resultados del laboratorio

resultados de radiografías

Registros de VIH y enfermedades contagiosas

Hospital / hogar de ancianos/ atención médica a domicilio/ hospicio y otros registros médicos.

registros de salud mental o tratamiento por abuso de sustancias.

Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Vencimiento o terminación de la autorización:** esta autorización vencerá a un año de la fecha de la firma a continuación, a menos que especifique una terminación más pronto. Usted debe renovar o enviar una nueva autorización después de la fecha de vencimiento para continuar con la autorización. Usted tiene derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Debe notificar a Nuestro gerente de privacidad, en escrito si usted decide cancelar la autorización antes de la fecha de vencimiento normal.

**Firma del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_