



Pediatric Consent Form

CHILD'S NAME: _____ DOB _____ AGE _____

(We) the parent (s) or legal guardian (s) authorize the individual (s) named below to act in my (our) behalf with the full authority to grant permission for any medical treatment, including administration of immunizations if recommended, or surgical procedure that is in the best interest of the above named child in the opinion of the Canyon Pediatric providers, licensed to practice in the State of Arizona. In addition, the provider is hereby authorized in an emergent situation to perform whatever acts that in his/her professional opinion are in the best interest of the above-mentioned child. I understand that the provider may request to contact the parent/guardian prior to providing medical treatment even though this consent is presented. Since medicine and surgery are not an exact science, it is acknowledged that no results can be guaranteed. I understand that as parent(s) or legal guardian(s) that I am financially responsible for all care received as a result of this consent.

ADULTS THAT MAY SIGN FOR MEDICAL TREATMENT IN MY (OUR) ABSENCE:

(Authorized individuals should also be listed in Privacy Practices)

Name: _____ Phone # : _____ Address: _____

Name: _____ Phone # : _____ Address: _____

_____ **This consent form will be in effect for 12 months from signing or less time if specified: _____**

AUTHORIZED BY: (Both parents signature preferred, but not required)

By signing below, I certify that I am the legal parent or guardian of the child identified above and am acting within my authority in signing this Pediatric Consent form.

Signature: _____ Date: _____

Father (Printed): _____ Witness: _____

Signature: _____ Date: _____

Or Legal guardian (Printed): _____

Legal guardian Signature: _____ Date: _____

ANY CHANGES TO THIS CONSENT MUST BE MADE IN PERSON AT THE PHYSICIANS OFFICE.



Formulario de consentimiento pediátrico

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____

(Nosotros) el (los) padre (s) o tutor (es) legal (es) autorizan a la (s) persona (s) nombrada (s) a continuación para actuar en mi (nuestro) nombre con la autoridad total para otorgar permiso para cualquier tratamiento médico, incluida la administración de inmunizaciones si se recomienda, o procedimiento quirúrgico que es en el mejor interés del niño mencionado anteriormente en opinión de los proveedores de Canyon Pediatric, con licencia para ejercer en el estado de Arizona. Además, se autoriza al proveedor en una situación emergente a realizar cualquier acto que, en su opinión profesional, sea en el mejor interés del niño mencionado anteriormente. Entiendo que el proveedor puede solicitar comunicarse con el padre / tutor antes de brindar tratamiento médico a pesar de que se presente este consentimiento. Dado que la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta, se reconoce que no se pueden garantizar resultados. Entiendo que como padre (s) o tutor (es) legal (es) soy responsable financieramente de toda la atención recibida como resultado de este consentimiento.

ADULTOS QUE PUEDEN FIRMAR EL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO EN MI (NUESTRA) AUSENCIA:

(Las personas autorizadas también deben figurar en la lista de Prácticas de privacidad)

Nombre: _____ Telefono # : _____

Dirección: _____

Name: _____ Telefono # : _____

Dirección: _____

Este formulario de consentimiento estará en vigencia por 12 meses a partir de la firma o menos tiempo si se especifica: _____

AUTORIZADO POR: (Se prefiere la firma de ambos padres, pero no se requiere)

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre o tutor legal del niño identificado anteriormente y que estoy actuando dentro de mi autoridad al firmar este formulario de consentimiento pediátrico.

Firma : _____ Fecha: _____

Padre (Imprima): _____ Testigo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

O Guardian Legal(Imprima): _____

Firma de Guardian Legal: _____ Fecha: _____

CUALQUIER CAMBIO A ESTE CONSENTIMIENTO DEBE HACERSE EN PERSONA EN LA OFICINA MEDICA.