

**AUTHORIZATION FOR MEDICAL TREATMENT
OF A MINOR CHILD IN ABSENCE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN**

By my signature below and as the parent or legal guardian of:

_____ DOB: _____
Name of Minor Child

I hereby authorize any **Universal Care Medical Group** provider to treat my child when I am unavailable. I further authorize the following person(s) to bring my child to Universal Care Medical Group for medical attention as necessary. I understand and have communicated to each person that their personal identification documents must be available for inspection by UCMG staff each time they accompany my child for a medical visit.

I understand that this authorization does not allow for immunizations and vaccinations to be given to my child in my absence because I must be present to sign written consent for these to be given.

The person(s) that I authorize to bring my child in for treatment in my absence are:

_____ Relationship: _____
Name

_____ Relationship: _____
Name

_____ Relationship: _____
Name

This consent is valid for a period of one year from the date of my signature below, or unless I choose to revoke it earlier in writing.

Print Name

Relationship to patient

Signature

Date

Name of Witness

Title

ORIGINAL: PATIENT MEDICAL RECORD

COPY: PARENT/LEGAL GUARDIAN

MR# _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN NIÑO(A) MENOR DE EDAD EN LA AUSENCIA DE LOS PADRES O GUARDIÁN LEGAL

Al firmar aquí abajo y como el padre/la madre o guardián legal de:

_____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del niño(a) menor de edad

Por la presente autorizo a cualquier proveedor del **Grupo Médico de Universal Care** a dar tratamiento a mi niño(a) cuando yo no esté disponible. Además autorizo que las siguientes personas lleven a mi niño(a) al Grupo Médico de Universal Care para atención médica como sea necesario. Entiendo y le he comunicado a cada persona que deben presentarle a los empleados de UCMG documentos personales que los identifiquen cada vez que acompañen al niño(a) a la visita médica.

Entiendo que esta autorización no permite que se le den inmunizaciones ni vacunas a mi niño(a) en mi ausencia debido a que yo debo estar presente para firmar el consentimiento por escrito para que éstas sean dadas.

Las personas a quien yo autorizo que lleven a mi niño(a) para tratamiento en mi ausencia son:

_____ Relación: _____
Nombre

_____ Relación: _____
Nombre

_____ Relación: _____
Nombre

Este consentimiento es válido por el periodo de un año de la fecha en que fue firmado aquí abajo, a menos que escoja revocarlo antes por escrito.

Escriba el nombre en letra de molde

Relación al paciente

Firma

Fecha

Nombre del testigo

Posición

ORIGINAL: PATIENT MEDICAL RECORD

COPY: PARENT/LEGAL GUARDIAN

MR# _____