

IRIAMAR VELEZ QUIÑONES, MD

Consent for Treatment of Minor Child/ Consentimiento para tratamiento de un menor

Name/Nombre: _____ DOB: _____

I, being the parent or guardian of _____, ask and allow Iriamar Vélez Quiñones, MD and her staff to do necessary health services for my child when I am not present. *(Yo, padre o guardián de _____, solicito y le permito a la Dra. Iriamar Vélez Quiñones y su personal a brindar los servicios de salud necesarios a mi hijo(a) cuando yo no esté presente.)*

Below is a list of people who are permitted to bring my child in for services and consent for treatment if required when I am not present: *(Abajo listado de personas autorizadas a traer a mi hijo(a) para consultas y con consentimiento para tratamientos cuando no esté presente:)*

Name /Nombre	Relationship / Relación

When your child can drive, you may want them to transport themselves to and from their office visits without an authorized adult. *Cuando su hijo pueda conducir, usted podría permitirle venir a la consulta sin un adulto autorizado.* **Do you consent for Iriamar Vélez Quiñones, MD to provide health services and treatment without any authorized adult present? ¿Autoriza a la Dra. Iriamar Vélez Quiñones a proveer servicios de salud y tratamiento sin la presencia de un adulto autorizado?**
YES/SI ___ NO ___

Initials/
Iniciales

This consent will remain in effect until revoked in writing or the minor ages to an adult. *Este consentimiento se mantendrá en efecto hasta que sea revocado por escrito o el menor alcance la edad adulta.*

Signature of Parent or Guardian /Firma del
padre o guardián

Date/Fecha

Printed Name of Parent or Guardian/
Nombre del padre o guardián

Witness / Testigo