



Authorization – Non-Parent/Guardian to Accompany Patient

Periodically there may be times when you are unable to bring your child to the office for an appointment and need to rely on a family member or friend. We understand these circumstances; however, we must have written authorization allowing this person to accompany your child for medical services. The person bringing your child will need to present a photo identification at time of service.

Patient's Name:		Date of Birth:	
-----------------	--	----------------	--

_____ (Initial) This certifies the person listed below has my permission to bring my child to Sunset Health and to discuss and share medical/dental/behavioral information about my child.

_____ (Initial) This certifies the person listed below has my permission to authorize any necessary medical treatment and/or vaccinations for my child.

_____ (Initial) This certifies the person listed below has my permission to authorize any dental treatment for my child.

This consent is effective from the date of signature until revoked by parent or legal guardian. I can be reached at _____
Phone Number

Name of Person (allowed to bring child)

Relationship

Name of Person (allowed to bring child)

Relationship

Printed Name of Parent/Guardian and Signature

Date

REVOCACTION SECTION:

I no longer want the person(s) above to act as my personal representative(s).

Signature: _____ Date: _____



Autorización - No Padre / Tutor para Acompañar al Paciente

Periódicamente, puede haber ocasiones en que no pueda llevar a su hijo a la oficina para una cita y necesite depender de un familiar o amigo. Entendemos estas circunstancias; sin embargo, debemos tener una autorización por escrito que permita a esta persona acompañar a su hijo para recibir servicios médicos. La persona que traiga a su hijo deberá presentar una identificación con foto al momento del servicio.

Nombre del Paciente:		Fecha de nacimiento:	
----------------------	--	----------------------	--

_____ (Inicial) Esto certifica que la persona que figura a continuación tiene mi permiso para llevar a mi hijo a Sunset Health y para analizar y compartir información médica sobre mi hijo.

_____ (Inicial) Esto certifica que la persona que figura a continuación tiene mi permiso para autorizar cualquier tratamiento médico y / o vacunación necesarios para mi hijo.

_____ (Inicial) Esto certifica que la persona que figura a continuación tiene mi permiso para autorizar cualquier tratamiento dental para mi hijo.

Este consentimiento entra en vigencia a partir de la fecha de la firma hasta que sea revocado por el padre o tutor legal. Me pueden contactar(_____)

Número de teléfono

Nombre de la persona (permitido traer al niño)

Relación

Nombre de la persona (permitido traer al niño)

Relación

Nombre impreso del padre / tutor y Firma

Fecha

SECCIÓN DE REVOCACIÓN:

Ya no quiero que las persona(s) mencionadas anteriormente actúen como mis representantes personales.

Firma:_____

Fecha:_____