



Consent to Treat

Date: _____

(Valid for 1 calendar year, must be updated every year)

Consent from Parents or Guardians for Authorized Persons:

As the parent or guardian of _____, I am granting permission for the below listed person(s) to bring my child in for treatment and/or care.

I am granting full permissions, meaning the below listed person(s) will be allowed to agree to:

- **Treatments**
- **Vaccines**
- **Referrals**
- **Medical Records**
- **All medical history pertaining to my child**

_____ **Initials**

Please list person(s) here

Relationship

Consent to leave voicemail

I am granting permission Desert Valley Pediatrics to leave phone messages regarding my child's medical health to the number(s) provided on the registration form.

_____ **Initials**

Parent/Guardian Signature

Date



Consentimiento para Tratar

Fecha: _____
(Válido por 1 año, debe ser actualizado cada año)

Consentimiento de los padres o tutores para personas autorizadas:

Como padre o guardián de _____, Estoy otorgando permiso para la persona (s) nombrada abajo para traer a mi hijo/a para tratamiento y/o cuidado.

Estoy otorgando permisos completos, lo que significa que la persona (s) nombrada abajo se le permitirá aceptar:

- **Tratamientos**
- **Vacunas**
- **Referencias**
- **Record médicos**
- **Todo el historial médico relacionados con mi hijo**

_____ Iniciales

Por favor, nombre a las personas aquí

Relación al paciente

Consentimiento para dejar un correo de voz

Estoy otorgando permiso a Desert Valley Pediatrics para dejar mensajes telefónicos con respecto a la salud médica de mi hijo al número (s) proporcionado en el formulario de registro.

_____ Iniciales

Firma de padre/guardián

Fecha