



Medical Treatment Authorization

Minor's Name: _____

Home Address: _____

Date of Birth: _____ Gender: _____

Medical Information

Primary Care Physician's Name: _____

Phone #: (_____) _____

Medical Insurance Provider: _____ Policy #: _____

Allergies to Medications: _____

Medical Conditions for which the minor is receiving treatment:

Prescription Drugs the minor is taking:

Other relevant medical information:

AUTHORIZATION AND CONSENT OF PARENT(S) OR LEGAL GUARDIAN(S) As custodian of the aforementioned minor, I, _____ (PRINT NAME), grant my authorization and consent for the designated adult, _____ (PRINT NAME), to administer Routine Medical Care and general first aid treatment for minor injuries or illnesses. If the injury or illness is severe, I authorize him or her to seek professional emergency personnel to attend, transport, and treat the minor and to issue consent for any medical care deemed advisable by a licensed medical professional or institution. I authorize the designated adult to exercise best judgment upon the advice of medical or emergency personnel.

Effective Date: _____

Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____

Nombre del Menor: _____

Dirección de la casa: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Información Médica

Nombre de Médico de Atención Primaria: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Proveedor de seguro médico: _____ Número de póliza: _____

Alergias a los medicamentos: _____

Condiciones médicas para las cuales el menor está recibiendo tratamiento:

Medicamentos con receta que el menor este tomando:

Otra información médica relevante:

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE (S) O TUTOR LEGAL (S) Como custodio del menor antes mencionado, yo, _____ (nombre), doy autorización y consentimiento para el adulto designado, _____ (nombre), para administrar Atención médica de rutina, primeros auxilios o tratamiento general para lesiones menores o enfermedades. Si la lesión o enfermedad es grave, yo le autorizo a buscar el personal de emergencia para asistir, el transporte, y el trato del menor y emitir el consentimiento para cualquier cuidado médico considere aconsejable por una institución médica o profesional con licencia. Yo autorizo al adulto designado para ejercer mejor juicio sobre el consejo del personal médico o de emergencia.

Fecha de vigencia: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____