

Patient ID: \_\_\_\_\_

**General Consent for Minors Unaccompanied by Parent/Legal Guardian**

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Mother's Name: \_\_\_\_\_

Father's Name: \_\_\_\_\_

**Please note:** *Birth certificates and/or guardianship documents must be presented at the time of New Patient Registration. Parents have the right to bring their child in for medical and dental appointments, unless otherwise specified by a legal court document.*

I am the parent /legal guardian of the above named patient who is under the age of 18 years old. I hereby give consent to the following individuals to bring my child to Cornerstone Family Healthcare for routine medical and dental treatment services as medically indicated in my absence. These individuals will be required to present photo identification when accompanying my child for medical care.

1. \_\_\_\_\_ relationship to child: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ relationship to child: \_\_\_\_\_

Please note this consent will be valid for: \_\_\_\_\_ months or one year if not otherwise specified from the date I sign below.

Signature of Parent/legal Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Consentimiento General Para Menores Que No Pueden Ser Acompañados Por Un Padre o Guardián Legal**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

**Nota:** *Certificados de nacimiento o documentos de tutela deben presentarse en el momento de registro de paciente nuevo. Los padres tienen el derecho de traer a sus hijos para citas médicas y dentales, a menos que se especifique lo contrario por un documento legal de corte.*

Yo soy el padre/guardián legal del paciente nombrado anteriormente quien tiene menos de 18 años de edad. Yo le doy permiso a las siguientes personas para traer a mi niño/niña a Cornerstone Family Healthcare para tratamiento médico o dental indicado en mi ausencia. Yo le informare a las personas mencionadas que, deben traer una identificación personal para verificar su identidad.

1. \_\_\_\_\_ Relación al niño/niña: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Relación al niño/niña: \_\_\_\_\_

Este Consentimiento es válido por: \_\_\_\_\_ meses o un año de la fecha indicada.

Firma de un padre/guardián legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_