



## Patient's Non-Parent Representative

*Representante que no es el Padre del Paciente*

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

Date of Birth \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_,

give my permission to let the following individual(s) bring my child in for medical treatment. I understand that if the following individual(s) is not present at the time of visit, my child will not receive treatment.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_,

doy mi permiso para que las siguientes personas traigan a mi hijo para recibir tratamiento médico. Entiendo que si las siguientes personas no están presentes en el momento de la visita, mi hijo no recibirá tratamiento.

| <b>NAME</b><br><i>Nombre</i> | <b>RELATION TO PATIENT</b><br><i>Relacion con Paciente</i> |
|------------------------------|--|
| <b>1</b>                     |  |
| <b>2</b>                     |  |
| <b>3</b>                     |  |
| <b>4</b>                     |  |
| <b>5</b>                     |  |
| <b>6</b>                     |  |

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>Parent/Guardian Signature</b><br><i>Nombre de el Paciente</i> | <b>Date</b><br><i>Fecha</i> |
|--|-----------------------------|