

CONSENT TO TREATMENT OF MINOR

I (We) being the parent or guardian of _____, a minor,
the age of _____ do hereby consent, authorize and request Dr. _____
to administer such treatment deemed advisable, necessary or requested on the above
minor.

I (We) agree to hold him free and harmless from any claims, suits for damages or
complications which may result from such treatment.

Signed _____
PARENT OR GUARDIAN

Date _____

Witness _____

PERMISO O CONSENTIMIENTO PARA TRATAR MENORES DE EDAD

Yo (Nosotros) siendo el padre o guardian de _____ ,
un menor, con edad de _____ doy permiso, autorización y solicitud al Doctor _____
_____ para administrar el tratamiento que sea aconsejable, necesario o solicitado, en el paciente mencionado.

Yo (Nosotros) estoy de acuerdo de dejarlo libre y sin hacer ninguna demanda, por los daños y complicaciones que puedan resultar de tal tratamiento.

Firma _____
PADRE OR GUARDIAN

Fecha _____

Testigo _____