



for teens and young adults

Affiliated with Boston Children's Hospital Physicians

## Minor Consent

### Para menores de 18 años

Autorizo que mi menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_ sea examinado \_\_\_\_\_ (fecha) por Boston Children's Health Physicians, LLP.

#### Solo o acompañado a la cita médica:

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir acompañado.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de BCHP.

#### Solo o acompañado en la sala de examen:

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna persona.

\_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de BCHP.

\_\_\_ Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo

\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
(en letra imprenta)