



Consent for Treatment
Guardianship of Child or Incapacitated Adult

Patient Name (Last, First) _____

Date of Birth _____

Street Address _____

City/State/Zip _____

In case of emergency, who should we contact? _____

Relationship to patient _____

Phone Numbers: (1) _____ **(2)** _____

By signing below, I hereby state that I am the primary legal custodian or joint legal custodian of _____ being presented for treatment, and I agree to provide documentation of this relationship to Health Partnership Clinic.

By signing below, I am giving my consent as guardian of _____ for any of the following routine procedures deemed necessary by the professional staff of Health Partnership Clinic: examinations, x-rays, dental/medical treatment, immunizations. I understand there are no guarantees, either written or implied, on the outcome of any dental/medical exam or procedure. All attempts will be made to contact me if the doctor/dentist deems that procedures are necessary. I understand all of the preceding statements and will adhere to the stated policies.

Name	Relationship to Child/Adult
-------------	------------------------------------

Signature of Patient or Legal Guardian	Date	Signature of Witness	Date
---	-------------	-----------------------------	-------------

Was consent obtained over the phone? YES NO

If yes, signature of person obtaining the consent _____ Date _____



Consentimiento para el tratamiento

Tutela del niño o adulto incapacitado

Nombre del paciente (Apellido, Nombre) _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Código postal _____

En caso de emergencia, ¿ A quién deberíamos contactar? _____

Relación con el paciente _____

Números de teléfono: (1) _____ (2) _____

Al firmar a continuación. Por la presente declaro que soy el custodio legal principal o custodio legal conjunto de _____ que se me presenta para recibir tratamiento, y acepto proporcionar documentación de esta relación a Health Partnership Clinic.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento como tutor de _____

para cualquiera de los siguientes procedimientos de rutina que el personal profesional de Health Partnership Clinic considere necesarios: exámenes, radiografías, tratamiento dental / médico, inmunizaciones. Entiendo que no hay garantías, ya sea por escrito o implícitas sobre el resultado de cualquier examen o procedimiento dental / médico. Se harán todos los intentos para contactarme si el médico / dentista considera que los procedimientos son necesarios. Entiendo todas las declaraciones anteriores y cumpliré con las políticas establecidas.

Nombre	Relación con el niño / adulto

Firma del paciente o tutor legal	Fecha	Firma del Testigo	Fecha

¿Se obtuvo el consentimiento por teléfono? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, firma de la persona que obtiene el consentimiento. _____ Fecha _____