

**Authorization for Evaluation and/or Treatment of a Minor Child/Patient
Unaccompanied by a Parent and/or Legal Guardian**

A Parent or Legal Guardian ***MUST*** accompany any child under 18 years of age to consent for all medical and/or surgical treatment provided by Dr. Charles Pittle or Dr. Alan Pittle.

Please complete this form if your child will be coming for a visit, for treatment or a procedure, without a Parent or legal Guardian present.

Minor Patient's Name: _____ **DOB:** _____

Address: _____

City, State & Zip: _____

Phone: _____

Authorization for other individual to accompany minor patient under 18 years of age.

Written Consent is valid for the time period of : _____ to _____.
(Not to exceed one year) at which time a new consent will be required. This consent may be revoked by me at any time in writing.

I authorize _____,
(Full name of person being authorized) (Relationship to patient)

to give consent for all medical and/or surgical treatment by Dr. Charles Pittle and/or Dr. Alan Pittle on behalf of my child listed above.

The above named individual may also receive test results and additional information pertinent to the care and treatment of this minor child.

I understand that I am still financially responsible for all medical expenses incurred by my child during these appointments.

Signature of Parent and/or Legal Guardian

Date signed

Printed name of Parent and/or Legal Guardian

Phone # (in case of Emergency)

This consent is valid for the specified time period and/or has a maximum effective time period of one (1) year from the date signed.

**Autorizacion para Evaluacion y/o Tratamiento de un Menor/Paciente no
acompañado por un Padre y/o Tutor**

Un padre o tutor "DEBE" acompañar a cualquier niño/a menor de 18 años de edad para dar su consentimiento para todo tratamiento medico y/o quirurgico proveido por el Dr. Charles Pittle o Dr. Alan Pittle .

Por favor llene esta forma si su niño/a va a venir a una cita, para tratamiento o un procedimiento, sin un padre o tutor.

Nombre del paciente menor : _____ Fecha de Nacimiento : _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado,Codigo

Postal: _____

Telefono: _____

Autorizacion para que otro individuo acompañe al paciente menor de 18 años de edad.

El consentimiento por escrito es valido por el period de tiempo de : _____ a
_____. (No superior a un año) en el cual un nuevo consentimiento sera requerido.
Este consentimiento puede ser revocado por mi a cualquier tiempo por escrito.

Yo autorizo _____,
(Nombre complete de persona siendo autorizada) (Parentezco con el paciente)

a dar consentimiento para todo tratamiento medico y/o quirurgico por el Dr. Charles Pittle y/o Dr.Alan Pittle de parte de mi niño/a mencionado arriba.

El individuo nombrado arriba puede tambien recibir resultados de exámenes e informacion adicional pertinente al cuidado y tratamineto de mi niño/a menor.

Yo entiendo que todavia soy financieramente responsable de todos los gastos medicos incurridos por mi niño/a durante estas citas.

Firma del Padre y/o Tutor

Fecha de la Firma

Nombre en letra de molde del Padre y/o Tutor

de Telefono (en caso de Emergencia)

**Este consentimiento es valido por el periodo de tiempo especificado y/o
tiene un maximo periodo de tiempo efectivo de (1) año de la fecha de la
firma.**