



CONSENT FOR TREATMENT FOR MINORS

I authorize Sonshine Family Health Clinic to provide medical care for

_____, birth date _____
Child's name

I certify that I am this child's parent or legal guardian.

Signature Date

IF A PARENT OR LEGAL GUARDIAN IS NOT AVAILABLE:

I certify that _____ can take responsibility for bringing my
Relative or Authorized representative
child in for evaluation and treatment of the following problem(s):

Signature Date

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE MENORES

Autorizo a Sonshine Family Health Clinic que proveen servicio medico para

Nombre del nina/nino

Certifico que soy padre o guardian del paciente.

Firma Fecha

Si los padres de familia o el guardian no estan disponibles: Certifico que soy responsable por la
evaluacion y tratamiento del siguiente problema:

Firma Fecha