

AUTHORIZATION TO CONSENT TO TREATMENT OF A MINOR

I, the undersigned. Parent/legal guardian of _____, a minor, do hereby authorize the medical staff of Dr. Ruth A. Bernardez- Tan as agent(s) for the undersigned to consent to any X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is rendered under the general or special supervision of, any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medical Practice Act on the medical staff of any hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or hospital care being required but is given to provide authority and power on the part of our aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment or hospital care which aforementioned physician(s) in the exercise of his/her best judgment may deem advisable.

These authorizations shall remain effective unless revoked in writing and delivered to said agent(s) or until minor reaches 18 years of age.

Date Parent/Legal Guardian Signature

AUTORIZACION DE CONSENTIR EN EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo, el abajo firmante, padre/madrel/tutor legal de _____, un menor de edad, autorizo el personal medico de la Dra. Ruth A. Bernardez- Tan como agente(s) para el abajo firmante de consentir en cualquier examen de rayos-X, anestesia, tratamiento medico o quirurico diagnostico o tratamiento y hospitalizacion que sean sugeridos o administrados bajo la supervision general o especifica de, cualquier medico o cirujano licenciado bajo las provisiones del *Medical Practice Act*, del personal medico de cualquier hospital, no importa si el diagnostico o tratamiento sea proveido en la oficina del dicho doctor(a) o en dicho hospital.

Se entiende que esta autorizacion se da antes de que se de cualquier diagnostico especifico, tratamiento o hospitalizacion que se requiere pero se da para proveerle la autoridad y poder a dicho(s) agente(s) para su consentimiento especifico a todo y cualquier diagnostico, tratamiento O hospitalizacion que dichos doctores en su mejor juicio sugieran,

Estas autorizaciones seran validas hasta que su revocacion (por escrito) sea entregada a dicho(s) agente(s) ohasta que el menor tenga 18 anos.

Fecha Firma de padre/madre/tutor legal