



**Consent for Treatment of a Minor
Without a Parent Present**

I give permission for my child to be medically evaluated and treated at Premier Pediatrics of Houston in my absence. I understand that it may be necessary to perform diagnostic tests (for example, a throat culture or blood test) in the course of the evaluation. I accept responsibility for non-covered charges and laboratory fees.

This consent applies to:

- complete physician check-up (including blood and urine samples)
- hearing, vision, scoliosis, and blood pressure screening
- immunizations
- first aid and emergency care
- prescription and treatment for illness
- referrals to an outside agency (for example: hospital, radiology) for services
- not provided at the office

If there are any services that you do not consent to in your absence, please list:

My child will be accompanied by:

himself/ herself

babysitter (name) _____

other (name, relationship) _____

I give permission for the physician to share any relevant health information with the person who is accompanying my child.

Patient's Name

Date

Parent or Guardian Signature

Parent or Guardian Name

Phone number where parent/guardian can be reached: _____



Consentimiento para el tratamiento de un menor Sin un padre presente

Doy permiso para que mi hijo/a sea evaluado y tratado médicamente en Premier Pediatrics of Houston en mi ausencia. Entiendo que puede ser necesario realizar pruebas de diagnóstico (por ejemplo, un cultivo de garganta o un análisis de sangre) en el curso de la evaluación. Acepto la responsabilidad de cargos no cubiertos y tarifas de laboratorio.

Este consentimiento se aplica a:

- control médico completo (incluidas muestras de sangre y orina)
- Exámenes de audición, visión, escoliosis y presión arterial.
- Vacunas
- primeros auxilios y atención de emergencia
- prescripción y tratamiento de enfermedades
- referencias a una agencia externa (por ejemplo: hospital, radiología) para servicios no proporcionado en la oficina

Si hay servicios que no acepta en su ausencia, indique:

Mi hijo/a estará acompañado/a de:

el mismo/ella misma

niñera (nombre) _____

otro (nombre, relación) _____

Doy permiso para que el médico comparta cualquier información de salud relevante con la persona que está acompañando a mi hijo

Nombre del paciente

Fecha

Firma del padre o tutor

Nombre del padre o tutor

Número de teléfono donde se puede contactar al padre/tutor:

411 Lantern Bend Dr Suite 235 Houston, TX 77090 ~
281-979-2112 www.premierpediatricshouston.com