HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

Minor Parental/Guardian Delegated Consent
Consentimiento Médico Delegado para Padres/Tutores de Menores de Edad

English	Español
1. Parent/Guardian Authorization I/We, _____, am/are the: ☐ Parent(s) ☐ Legal Guardian(s) of _____[Child] I/We authorize _____[Caregiver] to seek, obtain, and consent to: ☐ Routine medical care and treatment (ex: immunizations, laboratory, screening, dental) ☐ Emergency medical care and treatment ☐ Other: _____ for _____[Child] as deemed necessary by a licensed medical or healthcare professional. This authorization is for the time period when my/our child is in the care of _____ [Caregiver] My/our child's: ☐ Grandmother ☐ Grandfather ☐ Family Friend ☐ Aunt ☐ Uncle ☐ Nanny/Babysitter ☐ Other: _____ and is effective _____day of _____until _____ day of _____, **20___or until** ☐Revoked by me/us.	**1. Autorización del Padre/Madre o Tutor** Yo/Nosotros, _____, siendo: ☐ Padre(s) ☐ Tutor(es) legal(es) de _____[Niño/a] Autorizo/autorizamos a _____ [Cuidador] para buscar, obtener y consentir a lo siguiente: ☐ Atención y tratamiento médico rutinario (ej.: inmunizaciones, laboratorios, chequeos, odontología) ☐ Atención y tratamiento médico de emergencia ☐ Otro: _____ para _____[Niño/a], según lo considere necesario un profesional médico o de la salud con licencia. Esta autorización es válida durante el tiempo en que mi/nuestro hijo(a) esté bajo el cuidado de _____[Cuidador]. Quien es: ☐ Abuela ☐ Abuelo ☐ Amigo(a) de la familia ☐ Tía ☐ Tío ☐ Niñera/Cuidador(a) ☐ Otro: _____ Y entra en vigencia el _____día de _____, ***20***___hasta el _____día de _____**20**_____. O ☐ hasta que sea revocada por mí/nosotros.
2. Child Information Child's Full Name: _____ Address: _____ Date of Birth: _____ Age: _____ Sex at birth: ☐ Female ☐ Male	**2. Información del Niño(a)** Nombre completo del niño/a: Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino
3. Child Health Information Medical Conditions: _____ Allergies: _____ Prescription Medications: _____ **4. Child's Medical Care Information** Physician/Pediatrician: _____ Phone: _____	**3. Información de Salud del Niño(a)** Condiciones médicas: _____ Alergias: _____ Medicamentos recetados: _____ **4. Información Médica del Niño(a)** Médico/Pediatra: _____Teléfono:

Dentist/Orthodontist: _____ Phone: _____ Preferred Medical Facility: _____ Insurance Company: _____ Policy/Group Number: _____ Policy Holder: _____	Dentista/Ortodoncista: _____ Teléfono: _____ Centro médico preferido: _____ Compañía de seguros: _____ Número de póliza/grupo: _____ Titular de la póliza: _____
5. Parent/Guardian Contact Info Parent/Guardian's Name: _____ Address: _____ Phone (H): _____Phone (C): _____Phone (W): _____ Email: _____ *(repeat block for 2nd parent if needed)*	**5. Información del Padre/Madre o Tutor** Nombre del padre/madre/tutor: _____ Dirección: _____ Tel. (Casa): _____Tel. (Cel): _____Tel. (Trabajo): _____ Correo electrónico: _____ *(repita para un segundo padre/madre/tutor si aplica)*
6. Emergency Contacts ☐ Same as above Parent/Guardian Emergency Contact Name: _____ Phone (H): _____Phone (C): _____Phone (W): _____ Email: _____ Alternative Emergency Contact: _____ Phone (H): _____Phone (C): _____Phone (W): _____ Email: _____	**6. Contactos de Emergencia** ☐ Igual que el padre/madre/tutor arriba indicado Nombre del contacto de emergencia: _____ Tel. (Casa): _____Tel. (Cel): _____Tel. (Trabajo): _____ Correo electrónico: _____ Nombre del contacto alterno: _____ Tel. (Casa): _____Tel. (Cel): _____Tel. (Trabajo): _____ Correo electrónico: _____
7. Signatures Print Name: _____ Signature: _____ Date: _____	**7. Firmas** Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Employee Name: _____Date: _____ ☐ Reviewed Parent/Guardian ID