



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心
a californiah⁺center

NEMS ID#:

NAME:

DOB:

**CONSENT BY PROXY TO TREAT MINOR
CONSENTIMIENTO DE PODER PARA TRATAR AL MENOR**

This form is intended to provide North East Medical Services (NEMS) with written permission to treat a child (any person under the age of 18) for non-urgent medical care, when someone other than a parent or legal guardian is accompanying that child to a medical office visit. Parent or legal guardian can use this form to predesignate a proxy to consent on their behalf.

Este formulario tiene el propósito de conceder a North East Medical Services (NEMS) a obtener permiso por escrito para la atención médica no urgente a un menor (cualquier persona menor de 18 años) cuando alguien que no sea un padre o tutor legal esté acompañando a ese menor a una consulta médica. El padre o tutor legal puede usar este formulario para designar previamente un apoderado y otorgar consentimiento en su nombre.

Please complete one form per child and bring it to your next re-certification appointment with Member Services or medical appointment with your provider.

Complete un formulario por cada menor y tráigalo a su próxima cita de recertificación con Servicios para Miembros o durante su cita médica con su proveedor.

I am the Parent/Legal Guardian – *NAME Soy el padre/tutor legal - NOMBRE:*

_____ of de _____, a minor *un menor.*
(name of minor *nombre del menor*)

I hereby authorize the person(s) listed below to act as my agent and make non-urgent medical care decisions for my minor child without being accompanied by his/her parent/legal guardian. I have the legal right to give such permission to the authorized person, who is at least 18 years old and legally competent to make these decisions. I know that protected patient health information (PHI) about my child may be shared with the person(s) listed below.

Por medio del presente, autorizo a la(s) persona(s) listada(s) a continuación para que actúen como mi apoderado y tomen decisiones de atención médica no urgente para mi hijo menor de edad sin el acompañamiento de su padre/tutor legal. Tengo el derecho legal de dar ese permiso a la persona autorizada, que tiene al menos 18 años de edad y es legalmente competente para tomar estas decisiones. Estoy consciente que la información protegida de salud del paciente (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mi hijo(a) puede ser compartida con la(s) persona(s) listada(s) a continuación.



**NORTH EAST
MEDICAL SERVICES**
東北醫療中心
a california *health+* center

NEMS ID#:
NAME:
DOB:

**CONSENT BY PROXY TO TREAT MINOR
CONSENTIMIENTO DE PODER PARA TRATAR AL MENOR**

NAME OF PERSON authorized to make non-urgent medical care decisions for my child (Print clearly) NOMBRE DE LA PERSONA autorizado/a a tomar decisiones de atención médica no urgentes de mi hijo(a) (use letra imprenta clara)	RELATIONSHIP TO MINOR RELACIÓN CON EL MENOR

These authorizations shall remain effective until the age of 18 unless sooner revoked in writing delivered to NEMS Member Services Department.

Estas autorizaciones se mantendrán vigentes hasta los 18 años de edad, a menos que se revoquen por escrito y entregadas al Departamento de Servicios para Miembros de NEMS.

Print Name *Nombre en imprenta*: _____

Signature *Firma*: _____

Date *Fecha*: _____

STAFF USE ONLY - Scan and file into patient's medical chart