

# Clear Skin Dermatology

## TREATMENT TO MINORS CONSENT FORM

Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**This section only applies for patients under 18. If the patient is under 18, the person accompanying them to the visit is the guarantor on this account. The person present is assuming financial responsibility. If other accommodations are required, written legal documentation is required prior to the patient's visit.**

**Guarantor Information (Present today, responsible for account)**

Legal Name: \_\_\_\_\_

Relationship to Pt: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female

Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_  
(optional)

Employer: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Many times Parents/Legal guardians find themselves unable to accompany their teen or young adult children to appointments. This form has been prepared for your convenience if you are unable to accompany your teen or young adult children.**

**Children 16 or 17 Years Old:**

Minors 16 or 17 years old, MUST have a Parent/Legal guardian present for initial office visit or they will be asked to reschedule their appointment. If the patient is 16 or 17 years old, they can be seen for follow up appointments without a Parent/Legal guardian **only** if Parent/Legal guardian fills out and signs this consent form authorizing Clear Skin Dermatology & Cosmetic Surgery to provide treatment to their teen.

I hereby grant Clear Skin Dermatology permission to treat my 16 or 17 year old, even if they arrive at the office unaccompanied on:

_____	<b>until</b>	_____
Date of Permission		End Date of Permission
_____		____/____/____
Signature of Parent/Legal Guardian		Date

**Children 15 Years Old or Younger:**

Minors 15 years old and younger, MUST have an adult present for all office visits or they will be asked to reschedule their appointment. If the patient is 15 years old or younger, they will **only** be seen for their appointment with an adult present other than a Parent/Legal guardian if Parent/Legal guardian fills out and signs this consent form authorizing Clear Skin Dermatology to provide treatment to their child.

**\*\*Copay amounts will be due at the time of visit. Please ensure that the patient and/or patient's guardian is equipped to pay the copay amount designated by your insurance company.**

I hereby grant Clear Skin Dermatology & Cosmetic Surgery permission to treat my child when they arrive at the office accompanied by the authorized named adult listed below.

	<b>and/ or</b>		
_____		_____	_____
Name of Authorized Person		Name of Authorized Person	Relationship to Patient
_____	<b>until</b>	_____	<b>until</b>
Date of Permission		Date of Permission	End Date of Permission
_____		____/____/____	____/____/____
Signature of Parent/Legal guardian		Signature of Parent/Legal guardian	Date

# Clear Skin Dermatology

Fecha de Hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## FORMA DE CONSENTIMIENTO TRATAMIENTO A MENORES

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Esta sección solamente aplica a pacientes menores de 18 años. Si el paciente es menor de 18, la persona acompañándolos a la visita es el garante de la cuenta. La persona presente esta asumiendo responsabilidad financiera. Si otras acomodaciones son necesarias, documentación legal escrita es requerida antes de la visita de paciente.**

### Información de Garante (Presente hoy, responsable por cuenta)

Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenina

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/ Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Muchas veces Padres/ Tutores Legales se encuentra indisponibles para acompañar a su joven hijo/hija a las citas. Esta forma a sido preparada para su conveniencia si usted no puede acompañar a su joven hijo/hija.**

### Niños 16 o 17 años:

Menores de 16 o 17 años, deben de tener un padre/ tutor legal presente en la visita inicial o serán pedidos reprogramar su cita. Si el paciente tiene 16 o 17 años, puede ser vistos para cita de seguimiento sin un padre/ tutor legal **solamente** si el padre/ tutor legal llena y firma esta forma de consentimiento autorizando a Clear Skin Dermatology & Cosmetic Surgery para proveer tratamiento a su joven.

Yo por lo presente doy permiso a Clear Skin Dermatology de tratar a mi hijo/hija de 16 o 17 años, aunque lleguen a la oficina no acompañados el:

\_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_  
Fecha de Permiso Fecha Final del Permiso  
\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/ Tutor Legal \_\_\_\_\_  
Fecha

### Hijos 15 años o menores:

Menores de 15 años o menos, Deben de tener un adulto presente para todas las visitas de oficina o serán pedidos reprogramar su cita. Si el paciente es menor de 15 años o menos, solamente serán vistos para su cita con un adulto presente aparte de su padre/ tutor legal **solamente** si el padre/ tutor legal llena y firma esta forma de consentimiento autorizando a Clear Skin Dermatology & Cosmetic Surgery para proveer tratamiento a su hijo.

**\*\*La cantidad de copago será debida al momento de visita. Por favor asegúrese de que el paciente y/o tutor de paciente esta preparado para pagar la cantidad de copago designada por su compañía de aseguranza.**

Yo por lo presente doy permiso a Clear Skin Dermatology de tratar a mi hijo/hija cuando lleguen a la oficina acompañados por el adulto autorizado abajo.

y/o

_____ Nombre de Persona Autorizada	_____ Relación al Paciente	_____ Nombre de Persona Autorizada	_____ Relación al Paciente
_____ <b>hasta</b> _____ Fecha de Permiso Fecha que Termina Permiso	_____ <b>hasta</b> _____ Fecha de Permiso Fecha que Termina Permiso	_____ <b>hasta</b> _____ Fecha de Permiso Fecha que Termina Permiso	_____ <b>hasta</b> _____ Fecha de Permiso Fecha que Termina Permiso
_____ Firma de Padre/ Tutor Legal	_____ Fecha	_____ Firma de Padre/ Tutor Legal	_____ Fecha