



CONSENT FOR MINOR TREATMENT

Consentimiento para el tratamiento de menor

I, _____ hereby authorize treatment of my
(Parent or Legal Guardian – please print) *la presente autorizo el tratamiento de mi*
(padre o guardián legal - por favor imprimir)

son/daughter, _____, who is a minor. This
hijo / hija (print Minor's Name) *que es un menor de edad. Esto*
(imprimir Nombre del Menor)

treatment is on the form of examinations, evaluations, manipulation and other accepted
el tratamiento es sobre la forma de los exámenes, las evaluaciones, la manipulación y otras aceptadas

forms of physical medicine deemed necessary to completely resolve the injury/injuries
formas de medicina física que se consideren necesarios para resolver completamente la lesión / lesiones

for which my child is being treated.
para que mi hijo está siendo tratado.

Signature of Parent or Legal Guardian
Firma del padre o guardián legal

Date
Fecha

Responsible Party
Partido responsable

Name: _____
Nombre

Address: _____
Dirección

City: _____ State: _____ Zip: _____
Ciudad Estado Código Postal

Phone Number : _____
Número de teléfono

Making life better...one patient at a time

Brookline
(617) 730 – 5337

Waltham

Cambridge
(877) GET – BACK

Danvers

Newton
Fax (617) 730 – 5461