



**GREATER BADEN  
MEDICAL SERVICES**  
Primary and Preventive Health Care

*Consent for Treatment of Minor*  
**Consentimiento para tratamiento a menor**

*Date (Fecha):* \_\_\_\_\_

*I do hereby authorize Greater Baden Medical Services Inc. To examine and treat*  
**Yo autorizo a Greater Baden Medical Services Inc. a que examine y trate**

---

(print name of minor/ **imprima el nombre del menor**)

*a minor child under the age of 18 years*  
**a un niño/niña menor de 18 años de edad.**

*My signature below verifies that I have the legal authority to give consent for medical or dental treatment for the minor child mentioned above.*

**Mi firma abajo verifica que yo tengo la autoridad legal para dar consentimiento para tratamiento médico ó dental para el menor mencionado arriba.**

---

*Signature of person authorized to give consent*

**Firma de la persona autorizada para dar consentimiento**

---

*Printed name of person authorized to give consent*

**Imprima el nombre de la persona autorizada para dar consentimiento**

---

*Relationship to the patient*

**Relación con el paciente**