

# *Pediatric Care Group, P.A.*

7848 Lake Underhill Road  
Orlando, Florida 32822  
(407) 275-2676

## PARENTAL CONSENT

I, \_\_\_\_\_, parent of minor child(ren):

Child's full name

Date of birth

Child's full name

Date of birth

Child's full name

Date of birth

Child's full name

Date of birth

Authorize the following individual(s) **(must present identification)**:

**NAME**

**RELATIONSHIP**

to bring the above child(ren) to be evaluated and treated by the physicians of Pediatric Care Group, P.A. Further, this authorization allows the physician to discuss my child(ren)'s medical condition with the above named individual bringing my child(ren) in.

**I WISH TO BE CONTACTED IN THE FOLLOWING MANNER REGARDING APPOINTMENTS,  
TELEPHONE TRIAGE, INSURANCE/BILLING ISSUES, LAB RESULTS, ETC.**

**Home Telephone**

OK to leave message with detailed information  
Leave message with call-back number only

**Written Communication**

OK to mail to my home address  
OK to fax to this number

**Work Telephone**

OK to leave message with detailed information  
Leave message with call-back number only

**Other**

Parent's Name

Date

Parent's Signature

Witness

# *Pediatric Care Group, P.A.*

7848 Lake Underhill Road

Orlando, Florida 32822

(407) 275-2676

## AUTHORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO

Yo,

, Padre (o engarcado) de niño(s) menores:

Nombre del niño(a)

Fecha de nacimiento

Nombre del niño(a)

Fecha de nacimiento

Nombre del niño(a)

Fecha de nacimiento

Nombre del niño(a)

Fecha de nacimiento

Autorizo las siguiente(s) persona(s) (**tienen que presentar identificación**):

**NOMBRE**

**RELACIÓN**

a traer a mi niño(a) a ser evaluados y recibir tratamiento por los médicos de Pediatric Care Group, P.A. Esta autorización permite que el médico discuta la condición médico de mi hijo(a) con la persona autorizada a traer a mi hijo(a).

**DESEO QUE ME COMUNIQUE INFORMACION CONCERNIENTE A CITAS,  
RESULTADOS DE LABORATORIOS, ASUNTOS RELACIONADOS CON SEGUROS  
Y FACTURAS MEDICAS Y ETC. DE ESTA MANERA:**

**Telefono de la casa**

Puede dejar un mensaje detallado  
Por favor solo deje # de telefono

**Por Carta**

Puede enviar una carta a mi domicilio  
Puede enviar un facsimil a este numero

**Telefono de trabajo**

Puede dejar un mensaje detallado  
Por favor solo deje # de telefono

**Otro**

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Testigo