



Patient First and Last Name:	Date of Birth:
CONSENT FOR TREATMENT Adults and Minors	
<p>I, _____, hereby authorize that Healthcare Network, its facilities or treatment centers, its affiliated physicians, behavioral health providers, dentists, surgeons, and other medical personnel in charge of my or my child's care, to administer examinations and treatments, as may be deemed medically necessary in the exercise of their professional judgement.</p>	
<p>_____ Name of Legal Guardian/representative</p>	
<p>_____ Relationship (If applicable)</p>	
_____ Signature	_____ Date
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Adultos y Menores	
<p>Yo, _____, autorizo a Healthcare Network, sus facilidades, sus centros de tratamiento, médicos afiliados, proveedor de salud de la conducta, dentistas, cirujanos y otro personal médico a cargo de mi cuidado o el de mi hijo(a), para administrar exámenes y tratamientos, que puedan ser considerados necesarios medicamente de acuerdo a su juicio profesional.</p>	
<p>_____ Nombre Del Guardian/Representante</p>	
<p>_____ Relación con el Paciente (Si aplica)</p>	
_____ Firma	_____ Fecha
KONSANTMAN POU TRETMAN Granmoun ak Minè	
<p>Mwen, _____, otorize Healthcare Network, etablisman oswa sant tretman li yo, Doktè li yo ki afilye, founisè sante konpòtmantal, dantis, medsen, ak lot anplwaye medical an chaj nan swen mwen oswa pitit mwen., ap administre egzamen ak tretman, kom ap konsidere medikalman nesese yo nan fe egzesis la nan jijman pwofesyonel yo.</p>	
<p>_____ Non Gadyen Legal/Repwesantatif</p>	
<p>_____ Relasyon (Si sa aplikab)</p>	
_____ Siyati	_____ Dat