



## DESIGNATION OF ANOTHER PERSON TO CONSENT FOR TREATMENT

Children should be brought in for treatment by a parent or legal guardian. However, there may be times when someone other than a parent or legal guardian will need to bring your child to the doctor. That person could be a baby-sitter, other family member or friend. During these times, if your child needs to be seen by a doctor, the person who brings your child in must be able to represent you in order to provide care.

By completing this form, you are designating who may bring your child in for medical care when you are unable to come with the child. **The person you designate to represent you must be 18 years of age or older.**

### Instructions for Use of this Form

1. **Use a separate form for each person you choose to represent you.**
2. **Use a separate form for each child.**
3. Complete all the information on Pages 2 and 3 of this form for each child.
4. Sign and date the form. An adult must witness your signature. The witness can be any adult including the person you have chosen to represent you.
5. Give the completed form to the person(s) you have chosen to represent you. They must bring the form with them when they bring your child/children to the doctor.
6. A copy of the form will be kept in your child's medical record; however, the person(s) you have chosen to represent you should still bring a copy with them each time they come in with your child.
7. You have two options for the length of time the form is valid:
  - The form can be valid until you revoke it in writing, OR
  - The form can be valid for a designated time period.
8. To revoke the form, you will need to complete the required information on Page 4 and submit it the doctor's office.
9. Please make your designee aware that it is very important they obtain any patient instructions in writing before leaving the doctor's office. If you have questions about the instructions, please call the doctor's office.



DESIGNATION OF ANOTHER PERSON TO CONSENT FOR TREATMENT
(Please Print)

I, (Name of Parent/Legal Guardian), am unable to accompany my child (Name of Child)

to (Name of Practice). Therefore, I give my permission to

(Name of Person) as follows (check ONE):

- I give permission for this person to seek treatment (including any type of minor procedure or diagnostic test, etc.) and provide consent for such treatment if attempts to contact me are unsuccessful.
I give permission for this person to seek treatment (including any type of minor procedure or diagnostic test, etc.) and provide consent for such treatment without having to contact me.

Expiration (check ONE):

- This designation will remain in effect until I revoke it in writing by completing the information on Page 4.
This designation is valid only during the following time frame:

Effective From: (Starting Date) Effective To: (Ending Date)

(Signature of Parent or Legal Guardian) (Date Signed) (Time)
(Signature of Witness - 18 years of age or older) (Date Signed) (Time)

Address:

Home Phone: Cell Phone: Work Phone:



**DESIGNATION OF ANOTHER PERSON TO CONSENT FOR TREATMENT**

**Medical Information**

Name of Child: \_\_\_\_\_  
*(Last Name)* *(First Name)* *(Middle Initial)*

Birthdate: \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Allergies to Medication(s): \_\_\_\_\_

Hospitalizations (list dates and reasons for hospitalization): \_\_\_\_\_

Medication(s) Child is Taking: \_\_\_\_\_

Immunizations (Shots) Child Has Had. Please Bring Shot Records with the Child: \_\_\_\_\_

Other Information: \_\_\_\_\_



**DESIGNATION OF ANOTHER PERSON TO CONSENT FOR TREATMENT**

**NOTICE TO REVOKE**

I, \_\_\_\_\_, am the parent/legal guardian of \_\_\_\_\_.  
*(Name of Parent/Legal Guardian)* *(Name of Child)*

Please immediately revoke prior permission for \_\_\_\_\_ to consent for  
*(Name of Person)*  
treatment of my child.

\_\_\_\_\_  
*(Signature of Parent or Legal Guardian)* *(Date Signed)* *(Time)*

\_\_\_\_\_  
*(Signature of Witness – 18 years of age or older)* *(Date Signed)* *(Time)*

Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

**In order to process your Notice to Revoke, please bring this form with you to your next visit or fax it to:**

\_\_\_\_\_

Thank You

**For Office Use Only**

Revoked By (Employee Name): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Effective Date: June, 2016



## 治療に対する同意の他者の指定

児童は、親または法定後見人が治療に付き添う必要があります。ただし、親または法定後見人以外の方が、児童を医者につき添う必要がある場合があります。その人はベビーシッター、家族や友人かもしれません。この間、児童が医師の診察を受ける必要がある場合、付添人があなたを代理してケアを提供できなければなりません。

このフォーム記入では、あなたが子供と一緒に来ることができないときに誰が代理として付添できるかを指定します。指定する代理人は18歳以上である必要があります。

### 本フォームの使用手順

1. 代理人お一人毎に個別のフォームを用いて下さい。
2. 児童毎に、個別のフォームを用いて下さい。
3. 児童毎に、このフォームの2ページと3ページにあるすべての情報を入力してください。
4. フォームに署名と署名日を記入します。成人が署名証人となる必要があります。証人は、あなたの代理人を含む、どなたでもかまいません。
5. 記入したフォームを、選択した代理人に渡します。児童の治療につき添うときに一緒にフォームを持ってきて医師に提出する必要があります。
6. フォームのコピーは児童の医療記録に保管されます。ただし、代理人は、子供と一緒に来るたびに、コピーを持参する必要があります。
7. フォームの有効期間には次の2つです。
  - 書面で取り消すまで、または
  - 指定された期間有効となります。
8. フォームを取り消すには、4ページに必要な情報を入力して、診療所に提出する必要があります。
9. 医師の診療所を離れる前に、患者指導を書面で入手することが非常に重要であることを被代理人に知らせてください。指導について質問がある場合は、診療所に連絡してください。



治療に対する同意の他者の指定  
(印刷して下さい)

私は (患者名/法定後見人) 子供の付添ができません (児童氏名)  
to  
ます (医療機関名) .。そのため私の権限を代理人に付与し

(代理人名) 以下 (ONE をチェック):

- 私は該当人に治療を求めることを許可し (あらゆる種類の軽微な手順や診断テストなどを含みます)、私に連絡が取れない場合は、そのような治療に同意するものとします。
- 私は該当人に治療を求めることを許可し (あらゆる種類の軽微な手順や診断テストなどを含みます) 私に連絡することなく、そのような治療に同意するものとします。

有効期限 (ONE をチェック) :

- この指定は、4ページの情報を入力して書面で取り消すまで有効です。
- この指定は、次の期間中のみ有効です。

有効開始日: (開始日) 満了日: (終了日)

\_\_\_\_\_  
(親または法的後見人の署名) (署名日) (時間)

\_\_\_\_\_  
(証人の署名 - 18歳以上) (署名日) (時間)

住所:

自宅電話: 携帯電話: 職場電話:



## 治療に対する同意の他者の指定

### 医療情報

児童氏名

(名字)

(名)

(ミドルネーム)

誕生日:

アレルギー:

薬に対するアレルギー:

入院(入院日と理由を記載):

児童が摂取している薬:

児童が受けた予防接種児童が受けた予防接種履歴を持ってきてください。

その他情報:



治療に対する同意の他者の指定

取消にあたっての注意

私は \_\_\_\_\_ の親/法的後見人です \_\_\_\_\_  
(患者名/法定後見人) (児童氏名)

事前の許可を直ちに取消してください \_\_\_\_\_ の同意に対す  
る \_\_\_\_\_  
(代理人名)

私の子供への治療

\_\_\_\_\_  
(親または法的後見人の署名) (署名日) (時間)

\_\_\_\_\_  
(証人の署名- 18歳以上) (署名日) (時間)

住所:

自宅電話:

携帯電話:

職場電話:

失効通知を処理するには、このフォームを次回持って行くか、FAXで以下に送信してください。

有難うございました

オフィス使用のみ

取り消し者 (従業員名) :

日付:

有効日: 2016年6月