

University of Texas School of Nursing Wellness Center  
 Consent for Treatment Without Parent or Legal Guardian Present

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

I authorize the Wellness Center to provide medical care and necessary medical treatment, to my son/daughter when I am not present, as deemed appropriate by his/her healthcare provider, if accompanied by the individuals listed below or by the person determined by the Texas Family Code.

I understand that, except in the case of an emergency, should my minor child need more invasive diagnostic or surgical procedures, attempts will be made to contact me before such care is initiated.

I further understand that the following persons by law can consent to treatment unless a written notice to the contrary is given:

- Grandparent of child
- An adult brother or sister of the child
- An adult aunt or uncle of the child
- An educational institution in which the child is enrolled that has received written authorizations to consent from a person having the right to consent or otherwise determined by the Texas Family Code

This consent will remain in effect for twelve months (1 year) from authorization date unless revoked prior to that time in writing to the Wellness Center.

The patient may be seen for health care in my absence when accompanied by the following people (proof of identification will be required upon check-in).

Name of individual accompanying minor	Relationship
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____	_____
Signature of Parent/Legal Guardian	Printed Name

_____	_____
Relationship (Must be parent or actual legal guardian)	Date

University of Texas School of Nursing Wellness Center  
Consent for Treatment Without Parent or Legal Guardian Present

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente le doy mi consentimiento a la Clínica de Bienestar (Wellness Center) para que revise, diagnostique y provea tratamiento médico a mi hijo/hija según lo considere apropiado su proveedor médico cuando yo no esté presente y esté acompañado por las siguientes personas o por las personas determinadas en el Código de Familia de Texas.

Entiendo que, a excepción en caso de emergencia, si mi hijo menor de edad necesita procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico más invasivos, intentarán comunicarse conmigo antes de iniciar dicha atención.

Además, entiendo que las siguientes personas por ley pueden dar consentimiento para el tratamiento, a menos que se dé un aviso por escrito de lo contrario:

- Abuelo/a del menor
- Hermano/a mayor de edad del menor
- Tío/a mayor de edad del menor
- Una institución educativa, en la que está inscrito el menor, que ha recibido autorización por escrito para dar consentimiento de una persona que tiene derecho a dar consentimiento, o según lo determine el Código de Familia de Texas.

Este consentimiento permanecerá vigente durante doce meses (1 año) a partir de la fecha de autorización, a menos que este sea revocado por escrito al Centro de Bienestar (Wellness Center).

El paciente puede recibir atención médica en mi ausencia cuando esté acompañado por las siguientes personas (pruebas de identificación será requerida durante el check-in)

Nombre de la persona acompañando al menor

Relación con el menor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre o tutor

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Relación (debe ser Padre/Madre o tutor)

\_\_\_\_\_

Fecha