

**SKAGIT PEDIATRICS, LLP
CONSENT TO TREAT MINORS**

I, _____, the parent or legal guardian of my child,
_____, date of birth _____, authorize and
consent to routine and emergency medical treatment and recommended immunizations
for my child when deemed necessary by qualified medical personnel. This authorization
will be in effect until revoked in writing by me.

Signature of parent/legal guardian

Date

SKAGIT PEDIATRICS, LLP
CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A MENORES

Yo, _____, el padre/madre o guardián legal de mi hijo(a),
_____, fecha de nacimiento _____,
autorizo y doy mi consentimiento para tratamiento médico rutinario y de emergencia y
vacunas recomendadas para mi hijo(a) cuando sea necesario por el personal medico
calificado. Esta autorización estará en vigor hasta que sea cancelada por escrito por mí.

Firma del Padre/Madre o Guardián Legal

Fecha