

CONSENT FOR TREATMENT OF A MINOR PATIENT

Minor Patient's Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

To facilitate medical care and treatment of my child, _____,
"Minor Patient," by Sutter Valley or Sutter Bay Medical Foundation the undersigned
parent, legal guardian or other person with legal responsibility of the Minor Patient
hereby agrees as follows:

1. I am the parent, legal guardian or other person with legal responsibility (describe legal relationship _____) of the Minor Patient and am authorized to make health care decisions on behalf of the Minor Patient.
2. I authorize healthcare providers at Sutter Valley or Sutter Bay Medical Foundation to engage in the following acts:

[Please Check Box]

- Direct Authorization for administration of first dose and second dose of Pfizer-Biotech COVID-19 Vaccine to prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).** I authorize Sutter Valley or Sutter Bay Medical Foundation to provide the Minor Patient with medical care and treatment in my absence.
3. This authorization is given pursuant to the provisions of California Family Code Section 6910.
 4. **Duration:** This authorization shall remain effective for 60 days or until 20 . This authorization may be revoked by me at any time prior to that expiration date by providing Sutter Health with written notice.
 5. **Exception:** I understand that the provider can decline the consent any time he or she feels it is necessary for the parent/guardian to be present for treatment.

Date: _____ Signature: _____

Print Name: _____

For office use only	MRN #
---------------------	-------

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD_____
Nombre del paciente menor de edad_____
Fecha de nacimiento_____
Edad

Para facilitar la atención médica y el tratamiento de mi hijo/a, _____, (en adelante el “paciente menor de edad”) brindada por Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation, el/la abajo firmante —padre, madre, tutor legal, u otra persona con responsabilidad legal por el paciente menor de edad— doy fe de lo siguiente:

1. Soy el padre, la madre, el tutor legal u otra persona con responsabilidad legal (describa la relación legal _____) del paciente menor de edad y estoy autorizado/a a tomar decisiones sobre atención médica en nombre del paciente.
2. Autorizo a los proveedores de cuidados de la salud de Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation a realizar lo siguiente:

[Marque la casilla]

- Autorización directa para la administración de la primera y la segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19 de Pfizer-Biontech para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19).** Autorizo a Sutter Valley o Sutter Bay Medical Foundation a proporcionarle al paciente menor de edad atención y tratamiento médico en mi ausencia.
3. Esta autorización se brinda de acuerdo con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia de California.
 4. **Vigencia:** Esta autorización continuará vigente durante 60 días o hasta el ____ de 20 ____ . Podré revocar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento mediante una notificación escrita a Sutter Health.
 5. **Excepción:** Entiendo que el proveedor puede rechazar este consentimiento en cualquier momento si siente que es necesaria la presencia del padre, la madre o un tutor para realizar el tratamiento.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Sólo para uso de oficina	N°. de registro del paciente (MRN):
--------------------------	-------------------------------------