



**Orlando Ear, Nose & Throat Associates, P.A.**

*Michael M. Biblłowicz, D.O. • Dale C. Harrington, D.O. • David R. Rabaja, D.O. • Lisa J. Waizenegger, M.D.*  
*Ear, Nose & Throat, Head & Neck Surgery, Facial Plastic Surgery, E.N.T. Allergy, Hearing Aids*

*5830 Lake Underhill Rd., Orlando, Florida 32807 • (407) 658-0228*  
*8000 Red Bug Lake Rd., Suite 150, Oviedo, Florida 32765 • (407) 971-3337*

**Authorization/Consent to treat Minor/Dependent Patients/ Autorizacion/Consentimiento para tratar un paciente menor o dependiente**

The State of Florida has elected legislation in 2001 which imposes additional obligations on health care providers when treating a minor child. It requires that WRITTEN consent be obtained from a parent or legal guardian of then minor. There can be NO EXCEPTIONS.

***El Estado de Florida ha elegido una legislación en 2001 que impone obligaciones adicionales a los proveedores de atención médica cuando tratan a un niño menor de edad. Requiere que se obtenga el consentimiento ESCRITO de un padre o tutor legal de ese menor. NO puede haber EXCEPCIONES.***

Patient Name/*Nombre del Paciente* \_\_\_\_\_

DOB/*Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, as the parent or legal guardian, authorize Orlando Ear, Nose & Throat Associates to provide health care services and prescribe medicines to the above named minor/dependant as deemed necessary. The consent will remain valid until changed in writing by the parent/guardian, or the patient reaching 18 years of age.

***Yo, \_\_\_\_\_, como padre o tutor legal, autorizo a Orlando Ear, Nose & Throat Associates para proporcionar servicios de atención medica y medicamentos recetados al menor/dependiente mencionado anteriormente. El consentimiento seguirá siendo válido hasta que sea cambiado por escrito por el padre/tutor legal, o el paciente que cumpla 18 años de edad.***

Authorized Person/*Nombre de Persona Autorizado* \_\_\_\_\_

DOB/*Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_

Parent's or Legal Guardian's Name/*Nombre de Padre o Tutor legal* \_\_\_\_\_

DOB/*Fecha de Nacimiento* \_\_\_\_\_

Parent's or Legal Guardian's Signature/*Firma de Padre o Tutor legal* \_\_\_\_\_

Date/*Fecha* \_\_\_\_\_