



The Saban
Free Clinic
Is The Los Angeles Free Clinic

Consent for General Health Care

Consentimiento para Recibir Atencion Medica General

For the purpose of obtaining diagnosis or treatment at The Saban Free Clinic, I thereby authorize any physician, clinician, mental health provider, or dentist associated with it to treat me or my minor child.

Con el proposito de obtener diagnostico o tratamiento en The Saban Free Clinic, por la presente autorizo a cualquier medico, clinica, proveedor de salud mental o dentista asociado con dicha clinica para que me den tratamiento a mi, o hijo/a menor de edad.

I understand that medical records will be kept in confidential manner, however, I acknowledge that information may be shared among health care providers associated with the clinic in accordance with acceptable practice and pursuant to the law.

Comprendo que los expedientes medicos se mantendran confidenciales. Sin embargo, reconozco que la informacion puede ser compartida entre porveedores de salud asociados con la clinica de acuerdo con la practica acceptable y en virtud a lo dispuesto por la ley.

I am 18 years of age or older or a legally emancipated minor: DOB: ____/____/____

Tengo 18 anos de edad o mas o soy un menor legalmente DOB: ____/____/____

Date/Fecha _____ Patient Signature/Firma del Paciente _____

Print your name/Imprima su nombre _____

Date / Fecha _____ Witness Signature/Firma del Testigo _____

Minors under 18 Years/Menores de 18 Anos:

I am the parent/guardian of/Yo soy el padre/madre/tutor de _____
(Patient Name/Nombre del Paciente)

Date/Fecha _____ Patient/Guardian Signature/Firma de los padres/tutor _____

Print your name/Imprima su nombre _____

Date / Fecha _____ Witness Signature/Firma del Testigo _____

For patients ages 18 years and over or patients under 18 years living with parents/guardians or legally emancipated minors.

Para pacientes mayores de 18 anos legalmente o pacientes menores de 18 anos que vivan con sus padres.