



849 Pacific Ave  
Hood River, OR 97031  
541-386-6380 (ph)  
541-639-4142 (fx)

1040 Webber Street  
The Dalles, OR 97031  
541-386-6380 (ph)  
541-639-4142 (fx)

65371 Highway 14  
White Salmon, WA 98672  
509-493-2133 (ph)  
509-493-9543 (fx)

875 SW Rock Creek Dr  
Stevenson, WA 98648  
509-427-4212 (ph)  
509-493-9543 (fx)

[www.onecommunityhealth.org](http://www.onecommunityhealth.org)

## Advanced Consent to Treat Minors

I, \_\_\_\_\_ the parent or legal guardian of  
\_\_\_\_\_, authorize and consent to:

\_\_\_\_\_ Routine medical treatment for him/her when deemed necessary by qualified medical personnel.

\_\_\_\_\_ Emergency medical treatment for him/her when deemed necessary by qualified medical personnel.

\_\_\_\_\_ Childhood vaccinations per-standard schedule.

This authorization will be in effect until revoked in writing by me.

\_\_\_\_\_  
Parent or Legal Guardian's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent or Legal Guardian's Printed Name



849 Pacific Ave  
Hood River, OR 97031  
541-386-6380 (ph)  
541-639-4142 (fx)

1040 Webber Street  
The Dalles, OR 97031  
541-386-6380 (ph)  
541-639-4142 (fx)

65371 Highway 14  
White Salmon, WA 98672  
509-493-2133 (ph)  
509-493-9543 (fx)

875 SW Rock Creek Dr  
Stevenson, WA 98648  
509-427-4212 (ph)  
509-493-9543 (fx)

[www.onecommunityhealth.org](http://www.onecommunityhealth.org)

## Consentimiento previo para tratar a menores

Yo, \_\_\_\_\_ el padre, madre o tutor legal de  
\_\_\_\_\_, autoriza y consiente:

\_\_\_\_\_ Tratamiento médico rutinario para él o ella cuando lo considere necesario el personal médico calificado.

\_\_\_\_\_ Tratamiento médico de urgencia para él o ella cuando lo considere necesario personal médico calificado.

\_\_\_\_\_ Vacunas pediátricas siguiendo el calendario estándar.

Esta autorización entra en vigor hasta que sea revocada por mi por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito de padre, madre o tutor legal