



7500 Hanover Parkway, Suite 203H  
Greenbelt, MD 20770

Phone: 301-895-7337  
Fax: 855-850-9065  
Email: DrMelvil@EdgePediatrics.com

### MINOR CONSENT

#### For Children Under Age 18

I authorize my child \_\_\_\_\_, Date of Birth \_\_\_\_\_  
to be seen on \_\_\_\_\_ (date) by Edge Pediatrics.

**1. Alone or Accompanied to Appointment:**

- \_\_\_ My child may be seen without being accompanied by anyone.  
\_\_\_ My child may be seen only accompanied by \_\_\_\_\_ and Edge Pediatrics personnel.

**2. Alone or Accompanied in Examination Room:**

- \_\_\_ My child may be seen and treated in the examination room without being accompanied by anyone.  
\_\_\_ My child may be seen and treated in the examination room only accompanied by \_\_\_\_\_ and Edge Pediatrics personnel.  
\_\_\_ I authorize any test, procedure, and/or vaccination to be done on my child in the course of treatment.

**3. This authorization is valid for the following date or period of time \_\_\_\_\_.**

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_  
Print Name \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

---

#### FOR VERBAL CONSENT OBTAIN ANSWERS TO #1, 2 AND 3 ABOVE

Date \_\_\_\_\_  
Verbal consent obtained by phone call at: \_\_\_\_\_  
Phone number received from/called and time of call \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name of person giving verbal consent and relationship to patient

Witnessed by: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Para menores de 18 años**

Autorizo que mi menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_  
sea examinado \_\_\_\_\_ (fecha) por Edge Pediatrics.

**Solo o acompañado a la cita médica:**

- \_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado sin ir acompañado.
- \_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de Edge Pediatrics.

**Solo o acompañado en la sala de examen:**

- \_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad puede ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen sin ir acompañado de ninguna persona.
- \_\_\_ Mi hijo o hija menor de edad podrá ser examinado y recibir tratamiento en la sala de examen únicamente si va acompañado por \_\_\_\_\_ y el personal médico de Edge Pediatrics.
- \_\_\_ Autorizo cualquier examen, procedimiento y/o vacunas para mi hijo o hija menor de edad como parte del tratamiento médico.

Esta autorización es válida a partir de la fecha o período de tiempo \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
(en letra imprenta)