

**McLean County Health Department**  
**Permission/Proxy Form**

The Permission/Proxy form allows you to designate a person (other than yourself) 18 years of age or older to bring your child to the Immunization, Dental or TB clinic; stay during treatment; sign consent for treatment and related forms; including a medical history form as needed. The Permission/Proxy form must be signed by you and the person you designate as a proxy prior to a child's appointment. The form is kept in your child's chart. If at any time you want to change it by adding or subtracting a proxy, you may do so.

**PLEASE NOTE: Step-parents must be designated as a proxy unless there is legal documentation of guardianship.**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, give my permission for  
Parent or Legal Guardian

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Designated person Designated person

to bring my child to his/her appointment(s), to be present during appointments, and to consent for all treatment to be performed.

Signatures of Proxies:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Signature of designated person listed above Signature of designated person listed above

I understand that this permission form must be in my child's record before treatment can be provided without a parent or legal guardian present.

At this time I do not choose to designate a proxy.

Parent/Legal Guardian's signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Proxy forms are valid until parent/guardian chooses to change

Return to: McLean County Health Department  
200 W. Front St., Room 104, Bloomington, IL 61701

**Departamento de salud del Condado de McLean**  
**Formulario de autorización/poder de representación**

El formulario de Autorización/poder de representación le permite designar a una persona (que no sea usted) de 18 años de edad o mayor para que lleve a su hijo(a) a la clínica de inmunización, dental o TB; para que permanezca durante el tratamiento; firme el consentimiento para el tratamiento y los formularios relacionados; incluyendo un formulario de historial médico según sea necesario. El formulario de Autorización/poder de representación debe estar firmado por usted y la persona que designe como apoderado antes de la cita del (la) niño(a). El formulario se conserva en el historial médico de su hijo(a). Si en cualquier momento desea cambiarlo para agregar o quitar a un apoderado, puede hacerlo.

**TENGA EN CUENTA: los padrastros deben designarse como apoderados a menos que exista una documentación legal de tutela.**

Nombre del (la) niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo para que  
Padre o tutor legal

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Persona designada Persona designada

lleve a mi hijo(a) a su(s) cita(s), para que esté presente durante las citas y para que dé su consentimiento para todos los tratamientos que se realicen.

Firmas de los apoderados:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Firma de la persona designada que se mencionó anteriormente Firma de la persona designada que se mencionó anteriormente

Comprendo que este formulario de autorización debe estar en el expediente de mi hijo(a) antes de que se pueda proporcionar el tratamiento sin un padre o tutor legal presente.

En este momento, no elijo designar a un apoderado.

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Los formularios de poder de representación son válidos hasta que el padre/tutor elija cambiarlos

Devuelva a: McLean County Health Department  
200 W. Front St., Room 104, Bloomington, IL 61701