

# BASTYR UNIVERSITY San Diego

Today's Date /Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

---

Name (First, Last)/Nombre (Primero, Último): \_\_\_\_\_

Sex (Sexo): \_\_\_\_\_

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_

Zip Code/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Email/Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Telephone/ Teléfono: \_\_\_\_\_

Main Concerns/Principales preocupaciones hoy:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Past Medical Problems/Surgeries /Problemas Médicos Pasados/Cirugías:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medications/Doses / Medicamentos/Dosis:      Supplements/Doses /Suplementos/ Dosis:


Allergies/ Alergias:  
\_\_\_\_\_

# BASTYR UNIVERSITY

San Diego

Consent to Treat (Consentimiento para tratar):

I voluntarily consent to outpatient care with Bastyr University - EJE Clinic, including if necessary, routine diagnostic procedures, examination and medical treatment including, but not limited to, routine laboratory work, and administration of supplements and medications prescribed by doctor.

---

I further consent to the performance of those diagnostic procedures, examinations and rendering of medical treatment by the naturopathic medical students and supervising doctors. I understand that not all of the treatment suggestions provided are accepted by the United States FDA and therefore should not be taken as such.

Consiento voluntariamente a la atención ambulatoria con la clínica Bastyr University-EJE, incluyendo si es necesario, procedimientos de diagnóstico rutinario, examen y tratamiento médico incluyendo, pero no limitado a, el trabajo de laboratorio rutinario, y la administración de suplementos y medicamentos recetados por el médico.

Consiento además en el desempeño de los procedimientos de diagnóstico, exámenes y prestación de tratamiento médico por los estudiantes de medicina naturista y los médicos supervisors. Entiendo que no todas las sugerencias de tratamiento proporcionadas son aceptadas por la FDA de los Estados Unidos y por lo tanto no deben ser tomadas como tales.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature (Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha):

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Guardian  
(Firma del padre o guardián)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha):

---

In California, a minor may consent to medical treatment if 15 years or older, if living apart from parents, and managing own finances (En California, un el menor puede consentir al tratamiento médico Si 15 años o más, Si vivir aparte de los padres, y administrar sus propias finanzas. (Cal. Fam. Code § 6922(a))

A person under the age of 18 years is an emancipated minor if any of the following conditions is satisfied: (a) The person has entered into a valid marriage, whether or not the marriage has been dissolved. (b) The person is on active duty with the armed forces of the United States. (c) The person has received a declaration of emancipation" from the court. UNA persona menor de 18 años de edad es una minoria emancipada si se satisface cualquiera de las siguientes condiciones: (a) la persona ha entrado en un matrimonio válido, si el matrimonio ha sido o no disuelto. (b) la persona está en servicio activo con las fuerzas armadas de los Estados Unidos. c la persona ha recibido una declaración de emancipación " de la corte. (Cal. Family Code § 7002)