

Self-Sufficient Minor Information

For the purposes of obtaining diagnosis or treatment at the *(name of hospital)* _____ or by any physician, surgeon or dentist associated with it, the undersigned certifies the following facts are true:

1. I am 15 years of age or older, having been born on _____
(insert date as mm/dd/yy)

2. I am living separate and apart from my parents or legal guardian.

(place of residence of patient)

(phone)

(place of residence of parents or guardian)

(phone)

3. I am managing my own financial affairs.

(place of employment)

(other source of financial support – explain)

4. I understand that I will be financially responsible for the charges for my medical, dental, or hospital diagnosis, treatment and care and that I may not disaffirm this contract on the grounds that I am a minor.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(patient)

Print name: _____
(patient)

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(witness)

Print name: _____
(witness)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Reference: Family Code Section 6922

Formulario de Informacion Para el Menor de Edad Autosuficiente

Con el fin de obtener un diagnóstico o tratamiento en el hospital (*nombre del hospital*) _____ o por cualquier médico, cirujano o dentista asociado con dicho hospital, el suscrito da fe que la siguiente información es verídica:

1. Tengo 15 años de edad o más y nací el _____
(*escriba la fecha de la siguiente forma: mes/día/año*)

2. Mi domicilio es distinto y separado del de mis padres o de mi tutor.

(*domicilio del paciente*)

(*teléfono*)

(*domicilio de los padres o del tutor*)

(*teléfono*)

3. Manejo mis propios asuntos financieros.

(*lugar de empleo*)

(*otras fuentes de ayuda financiera—explique*)

4. Entiendo que tendré la responsabilidad financiera de los gastos que resulten del diagnóstico, atención y tratamiento médico, dental, o del hospital que se me proporcionen, y que no podré negar el presente consentimiento por ser menor de edad.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*paciente*)

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*testigo*)

Nombre en letra de imprenta: _____
(*testigo*)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Reference: Family Code Section 6922