

OLIVE VIEW-UCLA MEDICAL CENTER

14445 Olive View Drive, Sylmar, CA 91342-1495

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 living separate and apart from my parents or legal guardian.

(place of residence of patient)

(phone)

(place of residence of parent or guardian)

(phone)

2. I am managing my own financial affairs.

(bank account at)

(place of employment)

(other source of financial support – explain)

3. 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 consent because I am a minor. I am 15 years of age or older, having been born on _____ (insert date as mm/dd/yy) at

(location) _____

Date: _____

Signature: _____

Witness: _____

Witness: _____

Reference: Family Code Section 6922

SELF-SUFFICIENT
MINOR INFORMATION

PATIENT DATA – Imprint or Print Legibly

Name: _____

MRUN _____

Date of Birth: _____

Ward or Clinic: _____

Req. Loc. Code: _____

{ I
{ C

FORMULARIO DE INFORMACION PARA EL MENOR DE EDAD AUTOSUFICIENTE

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

1. Mi domicilio es distinto y separado del de mis padres or de mi tutor.

(domicilio del paciente)

(teléfono)

(domicilio de los padres o del tutor)

(teléfono)

2. Manejo mis propios asuntos financieros.

(cuenta bancaria en)

(lugar de empleo)

(otras Fuentes de ayuda financiera - explique)

(lugar de empleo)

Entiendo que tendré la responsabilidad financiera de los gastos que resulten del diagnóstico, atención y
tratamiento médico, dental, o del hospital y que no podré negar el presente consentimiento por ser
menor de edad. Tengo quince años de edad o más y nací el día _____ de (mes) _____
en (año) _____ , en (lugar) _____ .

Fecha: _____

Firma: _____

Testigo (Witness): _____

Testigo (Witness): _____

Reference: Family Code Section 6922

**FORMULARIO DE INFORMACION PARA EL MENOR
DE EDAD AUTOSUFICIENTE**

PATIENT DATA – Imprint or Print Legibly	
Name:	
MRUN	
Date of Birth:	
Ward or Clinic:	
Req. Loc. Code:	
Ward or Clinic:	{ I { C