



**FIT Wellness Center**  
1140 US Hwy 287 #100  
Broomfield, CO 80020  
303-469-0353  
info@BroomfieldWellness.com

**Consent to Examination/Treatment for a Minor**

Consentimiento a la examinacion/al tratamiento

**Date/Fecha** \_\_\_\_\_

**I hereby authorize/autorizo** por este medio:

**FIT Wellness Center**

**Other:** Name \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**and whomever s/he may designate as assistants to administer examinations and chiropractic care, acupuncture, or massage as deemed necessary to/ Y quienquiera el puede senalar como ayudantes para administrar examinaciones y cuidado del chiropractic, acupuncture, massage segun lo juzgado necesario:**

\_\_\_\_\_  
**Minor Patients Name (Print)**  
Nombre de menor importancia de los pacientes (impression)

\_\_\_\_\_  
**DOB (Date of Birth)**  
DOB (fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian (Print)**  
Padre/Guarda(impression)

\_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian Signature**  
Firma del padre/del guarda

\_\_\_\_\_  
**Witness (print)**  
Testigo (impresion)

\_\_\_\_\_  
**Witness Signature**  
Firma del testigo

**Remarks/Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_