



FIT Wellness Center
1140 US Hwy 287, Ste 100
Broomfield, CO 80020
(303) 469-0353 Office
(303) 469-1066 Fax
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:

Brian A Kenyon, DC
Scot Somes, LAc
Tara Quinan, CMT
Other: _____

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 imprtancia 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 (impression)

Witness Signature
Firma del testigo

Remarks/Observaciones: _____

