

Letter to Authorize COVID-19 Results Pick Up For Minors

I, _____, _____, _____
(parent's full name) (parent's date of birth) (parent's phone number)

authorize _____, _____
(authorized person's full name) (authorized person's date of birth)

to pick up my child's COVID-19 test results.

My child is _____, _____
(name of minor) (date of birth of minor)

Signature: _____ Date: _____

Instructions:

1. Print clearly and use full legal name for patient/authorized person.
2. Call 978-946-8409 to request results pick-up.
3. Bring completed form to 25 Marston Street, Suite 202.
4. Authorized person must bring photo ID that matches name & DOB on this form when picking up results.

Carta de autorización para recoger resultados del COVID 19 para menores

Yo, _____, _____, _____
(nombre padre/madre) (fecha nacimiento padre/madre) (numero telefono padre/madre)

autorizo _____,
(persona autorizada nombre completo) (persona autorizada fecha nacimiento)

recoger resultados de mi hijo/hija.

Mi hijo/hija _____,
(nombre del menor) (fecha nacimiento del menor)

Firma: _____ Fecha: _____

Intrucciones:

1. Imprimir claramente y usar nombre completo legal de paciente/persona autorizada.
2. Llamar al 978-946-8409 para solicitar resultados y recogerlos.
3. Traer formulario completo a 25 Marston Street Suite 202.
4. Persona autorizada debera traer foto ID que combine con su nombre y fecha nacimiento en esta formulario cuando recoja los resultados.