

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EL TRATAMIENTO DE UN

El propósito de este formulario es obtener instrucciones de usted, el padre/la madre o el tutor legal del paciente, para tratar a su hijo si necesitara atención médica de mantenimiento o no urgente y usted no pudiera asistir a la cita o no se pudieran comunicar con usted por teléfono. Este formulario lo completará y firmará el padre/la madre o el tutor legal y deberá revisarse con las personas que se mencionan abajo, que cuidarían de su hijo si usted no estuviera presente (si corresponde). Usted puede designar una o más personas para que acompañen a su hijo para que le presten servicios en Kossuth Regional Health Center. Su hijo también puede presentarse para los servicios sin un acompañante, si usted quiere.

**Si el menor está bajo la tutela de un tribunal y los derechos de los padres se han anulado o modificado, deberá firmar el representante de la agencia responsable del niño.*

Tenga en cuenta que el consentimiento de los padres no se necesita para todos los servicios de tratamiento. Los menores pueden dar su consentimiento para el diagnóstico y el tratamiento de trastornos por abuso de alcohol y de sustancias; servicios anticonceptivos o pruebas de detección de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; donación de sangre si tienen diecisiete (17) años. Los menores tienen derecho a la confidencialidad y a controlar la revelación de información sobre tratamiento en situaciones en las que ellos puedan dar su consentimiento para el mismo.

Si hubiera una emergencia con peligro de muerte, el consentimiento por escrito de los padres se obtendría después del tratamiento.

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre: _____ Teléfono: _____

Como padre/madre o tutor de (nombre del menor) _____, doy mi consentimiento para que se trate a este menor en Kossuth Regional Health Center en mi ausencia.

Mi hijo puede (marque abajo las opciones que correspondan):

[] Estar acompañado de: _____

[] Estar sin un acompañante (puede ir a la clínica solo)

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento firmando la sección de revocación en mi copia de este formulario y enviándola a Kossuth Regional Health Center, y que actualizar la información de arriba es mi responsabilidad. Además, entiendo que la revocación no se aplicará a los servicios que se presten desde la fecha de la firma hasta la fecha de revocación.

Nombre del padre/la madre/el tutor (en letra de molde): _____

Firma del padre/la madre/el tutor: _____

Fecha de la firma: _____

For Facility Use Only

Verbal authorization obtained by: _____ Date: _____

Verbal authorization obtained by: _____ Date: _____

Who authorized: _____

Sección De Revocación

Por la presente revoco esta Consentimiento De Los Padres Para El Tratamiento De Un.

Fecha: _____
MM / DD / YYYY

Nombre del padre/la madre/el tutor (en letra de molde)