

PATIENT LABEL AREA



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE MENORES, NUEVA JERSEY

Nosotros, \_\_\_\_\_ somos los padres/tutores legales (si el tutor legal adjunta una copia de la orden judicial, si corresponde) del(de los) niño(s) detallado(s) debajo y no hay una orden judicial en vigor que nos prohíba conferir la facultad de consentimiento a otra persona.

Por el presente, nosotros, \_\_\_\_\_, le conferimos a, \_\_\_\_\_, Nombres en imprenta de los padres/tutores legales Nombre en imprenta de la persona autorizada

quien vive en \_\_\_\_\_, la facultad de dar su consentimiento para el tratamiento médico o mental necesario para el(los) niño(s) siguiente(s):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Quien vive en: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Quien vive en: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Quien vive en: \_\_\_\_\_

y, en nombre del(los) niño(s), por el presente, afirmamos que la facultad de consentir que conferimos no se verá afectada por una discapacidad o incapacidad futuras que tengamos.

La facultad que conferimos se limita específicamente a la toma de decisiones relativa a la atención médica y la atención de salud mental, y solo la persona mencionada anteriormente puede ejercerla. Esta facultad caducará a los (1) 6 meses de la siguiente fecha de firma o (2) \_\_\_\_\_ (si es inferior a 6 meses), lo que ocurra primero.

La persona antes mencionada puede dar su consentimiento para los siguientes exámenes y tratamientos para nuestro(s) hijo(s) (marque todo lo que corresponda):

- Médicos  Dentales  Quirúrgicos  Del desarrollo o de la salud mental (excepto las notas de psicoterapia)  Vacunas  Otro \_\_\_\_\_

y puede tener acceso a todos y cada uno de los registros, incluso, entre otras cosas, los registros de seguro relativos a cualquier servicio necesario para tomar decisiones sobre el tratamiento y el pago. Esta facultad no incluirá el consentimiento al matrimonio ni a la adopción.

Conferimos la facultad de consentir con libertad y a sabiendas para cuidar del(los) niño(s) y no como resultado de presión, amenazas o pagos por parte de alguna persona o agencia. Este documento permanecerá en vigor hasta que se revoque mediante una notificación escrita y firmada por nosotros para los proveedores médico, de atención de la salud mental y de seguro del(de los) niño(s) y para la persona antes mencionada.

En fe de lo cual, hemos firmado esta autorización de consentimiento médico, que consta de \_\_\_\_\_ páginas, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Nueva Jersey.

Nombre en imprenta de los padres o tutores legales

Firma de los padres o tutores legales

Testigo n.º 1: Nombre en imprenta y dirección: \_\_\_\_\_

Testigo n.º 1: Firma: \_\_\_\_\_

Testigo n.º 2: Nombre en imprenta y dirección: \_\_\_\_\_

Testigo n.º 2: Firma: \_\_\_\_\_



Firma de la persona adulta que recibe la facultad de consentir