

PATIENT LABEL AREA



### FORMA DE AUTORIZACIÓN CONSENTIMIENTO DE MENOR DE EDAD

Si cualquier otra persona además del padre/madre que tiene custodia va a acompañar **en cualquier ocasión** a este(a) niño(a) para una cita, esta forma **debe** llenarse y **permanecer en el expediente médico** o el/la niño(a) **NO** podrá ser visto(a). Esto incluye dejar al/a la niño(a) en la oficina para una cita o recogerlo(a) después de la cita.

**Por favor complete la sección apropiada así como aplique a su relación con el/la niño(a).**

( ) Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre/madre del/de la niño(a) nombrada abajo y no hay restricciones que me prohíban otorgar el poder de consentimiento en otra persona.

**O**

( ) Yo, \_\_\_\_\_, soy el guardián legal o custodio legal del/de la niño(a) nombrada abajo, por orden de la corte (se requiere copia de la orden de corte) y no hay restricciones que puedan prohibirme otorgar el poder de consentimiento en otra persona.

**Por favor proporcione la información solicitada a continuación.**

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio le otorgo a, \_\_\_\_\_, con residencia en: \_\_\_\_\_, el poder para consentir a tratamiento de salud mental o médico para el siguiente niño(a): \_\_\_\_\_, con residencia en: \_\_\_\_\_, y que nació el: \_\_\_\_\_, y a nombre del/de la niño(a), por este medio establezco que el consentimiento que yo otorgo no será afectado por mi inhabilidad o incapacidad subsecuente.

El poder que yo concedo está limitado específicamente a tomar decisiones de cuidado de salud física y salud mental y puede ser ejercitado únicamente por la persona nombrada anteriormente.

La persona nombrada anteriormente puede consentir a que el/la niño(a) (cruce todo lo que NO aplique): examen o tratamiento médico, dental, quirúrgico, de desarrollo y, o salud mental y puede tener acceso a cualquiera y todos los registros o expedientes, incluyendo pero no limitados a registros de seguro acerca de cualquiera de estos servicios.

Otorgo el poder de consentir libremente y a sabiendas para proveer por el/la niño(a). Este documento permanecerá en efecto hasta que sea revocado al notificar por escrito a los proveedores de salud mental, a los proveedores de seguro médico de mi hijo(a) y a la persona nombrada anteriormente que deseo cancelar este poder.

En fe de lo cual, yo, \_\_\_\_\_, he firmado mi nombre en este consentimiento de autorización médica, consistente de  1  página, en este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, Pensilvania.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Testigo Núm. 1: Nombre Impreso y Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo Núm. 1: Firma: \_\_\_\_\_

Testigo Núm. 2: Nombre Impreso y Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo Núm. 2: Firma: \_\_\_\_\_