



Numero de historial clínico (MRN) del paciente

No. de Identificación: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para servicios de menores

Nota: Un menor tiene menos de 18 años. Si la persona tiene 18 años o más, no es menor de edad

Con mi firma a continuación, doy fe y declaro que los criterios marcados a continuación se aplican a mi deseo de obtener atención médica, tratamiento dental, psicológico y/o quirúrgico en Legacy Community Health Services. Entiendo que no puedo reclamar posteriormente que mi firma y testimonio no son válidos.

- Soy residente de Texas, de 16 años o más, no vivo con mis padres, tutor legal y/o guardián a cargo, y manejo mis propias finanzas.
- Soy un menor de edad que busca:
 - Terapia para
 - prevención del suicidio,
 - adicción o abuso de sustancias, y/o
 - abuso sexual, físico o emocional;
 - Tratamiento de una enfermedad reportable infecciosa, contagiosa, o transmisible de (como ejemplo, sin limitarse a, VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, hepatitis, etc.);
 - Tratamiento relacionado con un embarazo (que no sea aborto) y no estoy casado;
 - Anticonceptivos/planificación familiar con receta médica y soy paciente de Medicaid o pago por cuenta propia; y/o
 - Cuidados para mi hijo/a, de quien tengo la custodia.
- Soy un menor emancipado por orden judicial que inhabilita la incapacidad por minoridad.
- Estoy casado de conformidad con las leyes de Texas.
- Estoy en servicio activo con las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Tengo menos de 18 años y estoy cumpliendo un período de confinamiento en una instalación operada por el Departamento de Justicia Criminal de Texas.

Según lo permitido en el Código Familiar de Texas, doy mi consentimiento para el tratamiento con base en una de las opciones anteriores.

Nombre en letra de molde del paciente menor de edad

Firma

Fecha