

Consentimiento de los padres para Tratamiento médico confidencial de un menor de edad

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Soy (seleccione una opción):

Padre del menor antes mencionado.

Tutor principal del menor antes mencionado.

Custodio legal del menor antes mencionado. Se requiere prueba de tutela.

Nombres en letra de molde de los padres (si se conocen)

Nombre en letra de molde del tutor/custodio legal (si corresponde)

Doy permiso a Legacy Community Health Services, Inc. (Legacy) para dar tratamiento médico confidencial al menor antes mencionado. Lo anterior incluye el permiso para que el niño menor de edad ya mencionado dé su consentimiento informado para el método anticonceptivo de su elección, con base en la consulta con el proveedor de cuidados de la salud de Legacy. Renuncio a mi derecho de revisar y firmar un formulario de consentimiento para el método anticonceptivo que el menor seleccione.

Doy mi consentimiento para usar y divulgar la información de salud del menor como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Legacy. El menor recibirá una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y firmará un acuse de recibo. Entiendo que el menor tiene derecho a recibir servicios gratuitos de interpretación de idiomas, tal como se describe en el Aviso de no Discriminación que recibirán.

Legacy le proporcionará al menor una hoja informativa que contiene los riesgos, los beneficios y las alternativas al método anticonceptivo u otro servicio médico. Tendrán la oportunidad de revisar la hoja informativa y se les brindará la oportunidad de hacer preguntas sobre el método anticonceptivo recomendado u otros servicios médicos.

No se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados que se pueden obtener de cualquier servicio médico que el menor reciba en Legacy. Sé que es mi elección dar mi consentimiento o no para los servicios del menor. Sé que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de que el menor reciba métodos anticonceptivos o servicios médicos en Legacy.

Entiendo que, si las pruebas para ciertas infecciones de transmisión sexual son positivas, la ley exige informar los resultados positivos a las agencias de salud pública y Legacy remitirá dicho resultado positivo.

El menor puede ser referido para diagnóstico o tratamiento adicional, si es necesario. Entiendo que si necesita ser referido, es mi responsabilidad obtener y pagar dicha atención médica. Se le indicará al menor cómo obtener atención médica en caso de una emergencia.

Por la presente, solicito que Legacy proporcione la evaluación, las pruebas y el tratamiento adecuados (incluido un medicamento o dispositivo anticonceptivo, si el menor lo solicita).

Como tutor legal del cliente, doy permiso para que el cliente menor de edad acceda y/u obtenga copias de su reporte de salud sin mi consentimiento, tal como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Legacy. El menor recibirá una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

La validez del presente consentimiento comienza a partir de la fecha estipulada a continuación y permanecerá vigente, a menos que se revoque por escrito. Cualquier revocación de este consentimiento no es efectiva con respecto al control de la natalidad o los servicios médicos ya proporcionados, o cualquier acción tomada por Legacy en base a este consentimiento.

Entiendo que la confidencialidad del menor de edad en mi custodia puede verse afectada si Legacy no puede comunicarse con él/ella en caso de encontrar un resultado anormal de la prueba, o si se sospecha o se detecta una enfermedad que ponga en peligro su vida.

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información anterior es verdadera y correcta.

Nombre en letra de molde de la persona
que da el consentimiento

Firma

Fecha