



PLEASE USE THIS PAGE AS REFERENCE ONLY
ALL SIGNATURES MUST BE ON
ENGLISH CONSENT FORM

AUTORIZACIÓN PARA QUE UN MENOR
NO ACOMPAÑADO PUEDA RECIBIR
TRATAMIENTO MÉDICO

Patient Label or MRN, Acct#, Patient Name, DOB, Date of Service

La salud de nuestros pacientes es muy importante para nosotros. Consideramos que el padre/la madre/el tutor legal es muy importante para promover y mantener la salud de un menor de edad. Recomendamos que uno de los padres/tutores legales o adulto autorizado esté presente durante la prestación de servicios de atención médica. Sin embargo, reconocemos que los menores de edad están desarrollando independencia para satisfacer sus necesidades de atención médica y que hay ocasiones en que un adulto autorizado no puede acompañar al menor de edad durante la prestación de servicios de atención médica. Por lo tanto, ofrecemos esta autorización, la cual le permite a un menor, de 14 años de edad en adelante, obtener servicios de atención médica cuando un adulto autorizado no puede acompañar al menor de edad para la prestación de servicios de atención médica en la siguiente instalación/clínica y/o doctor. Esta autorización es válida durante el siguiente período de tiempo hasta a menos que sea revocado anteriormente por el padre/la madre/el tutor legal, y/o el doctor.

Hasta que sea revocado por mí, el padre/madre/tutor legal identificado a continuación, verbalmente en persona o por escrito y entregado al personal del consultorio/área de servicio especificado anteriormente, el paciente menor de edad establecido, de 14 años de edad en adelante, identificado a continuación tiene mi permiso para buscar servicios médicos generales, diagnósticos, procedimientos médicos menores rutinarios y otros servicios de atención médica relacionados dentro de la instalación/clínica sin la presencia de uno de los padres/tutores legales. Los servicios incluyen, pero no se limitan a:

- 1) Examinación, obtener muestras, pruebas de laboratorio, pruebas diagnósticas, administración de medicamentos y procedimientos médicos menores rutinarios; por favor recuerde que cualquiera de estos servicios mencionados puede añadir costo adicional. Este documento no aplicará a servicios brindados fuera de la instalación/clínica donde este documento originó.
2) Examinación de la sangre del menor de edad para anticuerpos del VIH en cumplimiento con las leyes estatales (Consentimiento Presunto) que autorizan a los proveedores de atención médica a realizarle pruebas a los pacientes cuando un proveedor de atención médica queda expuesto a los líquidos del cuerpo de un paciente.

Por la presente, yo autorizo a los doctores, personal y otros asistentes designados afiliados con CHKD a darle tratamiento al paciente menor de edad identificado a continuación, según se considere medicamente/terapéuticamente necesario y estoy de acuerdo:

- 1) en que el paciente menor de edad, identificado a continuación, firme en mi nombre por la atención médica y los servicios ya mencionados;
2) en que el paciente menor de edad, identificado a continuación, tenga autorización para garantizar pagos incluyendo pagos donde se haga "clic" y deducibles, en cumplimiento con los términos regulares y los cargos del consultorio/área de servicio, especificado anteriormente, como consideración de los servicios brindados al paciente menor de edad bajo esta autorización;
3) que cualquier porción de la cuenta que no sea cubierta por el seguro se deberá pagar cuando el servicio sea brindado, a menos que se hayan hecho otros arreglos;
4) que en caso de falta de pago, el consultorio/área de servicio, especificado anteriormente, tiene el derecho de tomar acción legal en mi contra o en contra de la(s) parte(s) responsable(s) sin reclamar nada a, o sin tomar cualquier tipo de acción o proceder uno en contra del otro como requisito previo.
5) a pagar todos los costos de colecciones, incluyendo cuotas de las agencias de colecciones hasta un treinta y tres y un tercio por ciento (33-1/3%) de la deuda.

POR FAVOR, SOLO COMPLETE EL DOCUMENTO ESCRITO EN INGLÉS
Nombre del Paciente Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido Fecha

POR FAVOR, SOLO COMPLETE EL DOCUMENTO ESCRITO EN INGLÉS
FIRMA del Padre/Madre/Tutor Legal Fecha

POR FAVOR, SOLO COMPLETE EL DOCUMENTO ESCRITO EN INGLÉS
Nombre en letra de molde del Padre/Madre/Tutor Legal Relación con el Paciente

POR FAVOR, SOLO COMPLETE EL DOCUMENTO ESCRITO EN INGLÉS
FIRMA del Testigo Fecha

POR FAVOR, SOLO COMPLETE EL DOCUMENTO ESCRITO EN INGLÉS
Nombre en letra de molde del Testigo Sello del Notario

Fecha:

Nombre del Notario: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma del Notario: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX