



TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD

OP 4 – 009.000.01

Tratamiento de menores de edad: El tratamiento de menores de edad (17 años o menos) requiere un esfuerzo de equipo por parte del médico(s) y el padre/madre, tutor o cuidador del menor de edad. La responsabilidad de los padres o tutores incluye ayudar a que se sigan las instrucciones del médico. El médico tiene como función verificar que el padre/madre, tutor o el cuidador conozcan y estén de acuerdo con el tratamiento de su hijo/a o los cargos que se ocasionen.

Tratamiento de menores sin padres/tutores legales: Chota Community Health Services tiene por norma que todos los niños (menores de edad) que acudan a tratamiento estén acompañados por un padre/tutor legal durante la primera visita al consultorio. Después de la cita inicial, un menor puede ser atendido en la mayoría de los casos sin la presencia del padre/tutor legal si se llena y guarda este formulario de consentimiento en el expediente del menor. **Sin embargo, los pacientes menores de 16 años que tengan una cita con nuestra enfermera de salud mental psiquiátrica deben estar acompañados por un padre/tutor legal en todo momento.**

Estoy legalmente autorizado y doy permiso para que mi hijo/a sea evaluado y tratado médicamente en Chota Community Health Services sin mi presencia. Entiendo que puede ser necesario realizar pruebas de diagnóstico (por ejemplo, un cultivo de garganta o análisis de sangre) y aplicar inyecciones o vacunas (por ejemplo, esteroides o antibióticos) durante la evaluación y tratamiento. Acepto la responsabilidad de los gastos médicos, de radiografías y de laboratorio.

Este consentimiento se aplica a: (1) Chequeo médico general (incluyendo muestras de sangre y orina); (2) Exámenes de detección, incluyendo, entre otros: audición, visión, escoliosis y presión arterial; (3) Vacunas; (4) Primeros auxilios y atención de emergencia; (5) Radiografías; (6) Servicios de laboratorio (extracción de muestras de sangre u orina); (7) Prescripción y tratamiento de enfermedades que pueden incluir inyecciones o vacunas en el consultorio; (8) Envío a una agencia externa (por ejemplo: hospital, radiología) para servicios no prestados en el consultorio; y (9) Servicio de asesoramiento.

Mi hijo puede ir acompañado por uno de los siguientes cuidadores autorizados:

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

Yo _____ doy permiso para que el médico comparta cualquier información de salud relevante con las personas mencionadas anteriormente. **Este consentimiento se mantendrá archivado y vigente hasta que el menor alcance la mayoría de edad (18 años en Tennessee) o hasta que los padres/tutores legales lo actualicen o lo revoquen por escrito. *Sólo el padre o tutor legal puede hacer cambios en este formulario.**

Nombre completo del menor de edad _____ Fecha de nacimiento del menor de edad _____
Nombre de la madre (letra de molde): _____ Nombre del padre (letra de molde): _____

Firma del padre o tutor _____ Nombre del padre o tutor EN LETRA DE MOLDE _____ Fecha _____
Si el tutor llena este formulario, deberá haber un comprobante de la tutela en el expediente. El personal deberá firmar la verificación de la tutela: _____

OPCIONAL: Doy permiso para que mi hijo se presente sin un cuidador autorizado si tiene 14 años o más y conoce sus propias condiciones de salud. **CCHS puede ponerse en contacto con los padres por teléfono.**

Firma del padre o tutor _____ Nombre del padre o tutor en letra de molde _____ Fecha _____