



COMMUNITY HEALTH CARE, INC. CONSENTIMIENTO PARA  
TRATAMIENTO DE MENORES DE 18 AÑOS

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, permito a los Proveedores y empleados de Community Health Care, Inc. a evaluar y tratar las necesidades de \_\_\_\_\_. Esto incluye todo lo necesario para diagnosticar al menor, cualquier vacuna o/y tratamientos ordenados por los Proveedores de Community Health Care, Inc. Mientras dándole cuidado, o mientras haciendo cualquier procedimiento de laboratorio, el padre/guardián y/o el Personal de CHC tendrá que detener o retener al niño(a). Esto podría incluir el uso de un tablero de retención “papoose board”, sujetando las manos del niño(a), de la parte superior del cuerpo, cabeza y/o controlar los movimientos de sus piernas.

Doy permiso para divulgar los reportes físicos relativos a la comprobación que puede incluir la salud mental y las pruebas genéticas de mi hijo y uso indebido de drogas a la escuela o la guardería de mi hijo.

- He recibido una copia de la Ley del Paciente y Sus Derechos y Responsabilidades, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto.
- He recibido una copia de Aviso de Practicas de Privacidad. Puedo obtener más copias de esta ley cuando yo las pida.
- Después de la visita yo recibiré un plan de visita por escrito. No seremos legalmente responsables por la privacidad de su información si usted la deja o si la pierde.

Yo doy mi consentimiento a Community Helth Care para dejar información detallada en mensajes correo de voz. Esto puede incluir los resultados de laboratorio, resultados de pruebas, Formulario/o registros de información, e información sobre medicamentos. **ESTO NO INCLUYE** salud mental, abuso de sustancias, enfermedades transmitidas sexualmente, pruebas genéticas, e información sobre el VIH. Tendremos que hablar directamente con usted acerca de este tipo de información.

**Es su responsabilidad de asegurar que tengamos su número de teléfono más corriente en el registro.**

**Por favor, marque su elección para participar en recibir Detallados mensajes de correo de voz**

- Si
- No

- **Yo sé que necesito llenar este formulario de nuevo si hay algún cambio. Este consentimiento será válido hasta que yo le diga a CHC que pueden cancelarlo.**

**(Favor de dar vuelta a la página)**

**COMUNICACION CON FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU**

**CUIDADO MEDICO**

Paciente _____	Fecha de Nacimiento _____	Chart# # _____
----------------	---------------------------	----------------

- A los padres biológicos/Adoptivos les permiten traer a sus niños a citas y obtener la información médica sobre sus niños. Para hacer estos procesos más fáciles por favor ponga a ambos padres en una lista:

Biológica/Madre Adoptiva: \_\_\_\_\_

Biológico/Padre Adoptivo: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que tengo que hacer todos los esfuerzos por acompañar a mi hijo(a) a sus citas médicas. Si yo no puedo estar presente en una de sus citas, yo doy permiso a los Proveedores de Community Health Care según sigue (**Escoja uno**):

- Permitiré que los nombres siguientes puestos en la lista de abajo, consientan para el tratamiento de mi hijo(a).**

NOMBRE: PARENTESCO DEL PACIENTE	TYPE OF INFORMATION					
	Todo	Programar Citas	Información Medica	Cobros	Tablero Papoose (Dental/Lab)	Prescripciones
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones Especificas o Limitaciones: \_\_\_\_\_

- Yo entiendo que mi hijo(a) no será visto si llega a la Clínica con un guardián que no esté nombrado en las reglas estipuladas.
- Yo entiendo que una nota de permiso por escrito firmado por mí siempre será aceptable como un consentimiento para cualquier servicio incluido en la nota.

**Seguiremos confiando en la información de este formulario cuando se comunican con sus familiares u otras personas involucradas en su cuidado a menos que usted solicite los cambios. Para poder cambiar su información, por favor venga y rellene un nuevo formulario.**

**Yo doy a Community Health Care mi consentimiento para que me mande recordatorios de mi cita a través de mensajes de texto con la dirección, fecha y la hora de mi cita. CHC continuara mandándome recordatorios de citas de esta manera hasta que yo pida que estos paren. Tarifas por mensajes y datos pueden ser aplicados.**

**Si**      **Numero de Celular:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Imprimir el Nombre del Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente/Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Hoy)