

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MENOR DE 18 AÑOS

Yo, _____, permito que los proveedores y empleados de Community Health Care, Inc. (CHC) evalúen y traten las necesidades del menor, _____. Esto incluye cualquier cosa necesaria para diagnosticar al menor, cualquier inyección, o cualquier tratamiento ordenado por los proveedores de CHC. Durante la atención o los procedimientos del laboratorio, es posible que el padre/tutor y/o el personal de CHC deban sujetar al menor. Esto podría incluir el uso de la tabla papoose, sujetar las manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o controlar los movimientos de las piernas.

Doy mi permiso para divulgar la información de salud/financiera del menor que sea necesaria para realizar auditorías y/o procesar reclamaciones de seguros, incluyendo: VIH, salud mental, ETS, pruebas genéticas y abuso de drogas. También doy permiso para que el pago del reclamo por servicios sea pagado a CHC en nombre del proveedor. También pido que los beneficios del gobierno sean pagados a CHC en nombre del proveedor que los acepta.

COMUNICACION CON LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS IMPLICADAS EN SU CUIDADO

Los padres legales/biológicos/adoptivos pueden traer a sus hijos a las citas y obtener información médica sobre ellos. Para facilitar estos procesos, le rogamos que indique a ambos progenitores:

Padre legal #1/Biológico/Adoptivo/: _____

Padre legal #2/Biológico/Adoptivo/: _____

Entiendo que debo hacer todo lo posible para acompañar a mi hijo a las citas.

Permitir que los siguientes nombres enumerados a continuación den su consentimiento para el tratamiento de mi hijo únicamente.

No permite la divulgación de registros, que requieran una divulgación de información firmada por separado.

NOMBRE	Relación	TODO	Programación/ Cita	Visitas al Consultorio	Facturación	Tablero Papoose Dental/Laboratorio	Recetas	VIH
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Instrucciones específicas o limitaciones: _____

- Entiendo que el menor no podrá ser atendido si llega a la clínica con un cuidador que no cumpla con las guías elegidas anteriormente.
- Entiendo que una nota de permiso escrita y firmada por mí siempre será aceptable como consentimiento para cualquier servicio incluido en la nota.

Doy mi consentimiento para dejar información detallada en mensajes de voz y/o enviar mensajes de texto detallados con respecto al menor. Esto puede incluir resultados de laboratorio, resultados de pruebas, información sobre formularios/registros e información sobre medicamentos. Esto **NO INCLUIRA** información sobre salud mental, uso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, pruebas genéticas y VIH. Tendremos que hablar con usted directamente sobre este tipo de información.

Es su responsabilidad asegurarse de que tenemos registrado su número de teléfono más reciente.

Por favor, marque su opción de participar en la recepción de mensajes de voz y mensajes de texto detallados..	
☐ Si, acepto	☐ No, no acepto

Seguiremos basándonos en la información de este formulario cuando nos comuniquemos con familiares u otras personas involucradas en su atención, a menos que usted solicite cambios. Se que necesito actualizar el formulario de consentimiento y notificar a CHC inmediatamente si es necesario hacer cambios demográficos, de cobertura de seguro, etc. Este consentimiento es válido hasta que yo le diga a CHC que lo cancele.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Cumpleaños del paciente:** _____