

CONSENTIMIENTO MEDICO PARA TRATAMIENTO A UN MENOR

La firma proxima da consentimiento para que el menor de 18 años nombrado proxicamente sea diagnosticado y reciba tratamiento por el Dr. _____
o a cualquier persona(s) que el designe como asistente.

1. Nombre de el menor (emprima el nombrè) _____

Nombre de Padres/ Manejador Conservador/Guardian (emprima) _____

2. Relaciòn the el firmante hacià el menor:

_____ Padre

_____ Manejador Conservador

_____ Conservador Procesador

_____ Guardian de la persona

_____ Abuelo

_____ Hermano/a, de 18 años o mayor

_____ Juèz de la Corte que tiene jurisdicciòn de el paciente

_____ Persona mayor de 18 años responsable por el cuidado y tratamiento de el menor bajo el jurisdicciòn de la corte juvenile.

_____ Commisiòn de Jovenes de Texas

_____ Instituciòn educacional en la que el menor esta registrado y ha recibido autorizaciòn escrita de una person autorizada por la ley que da consentimiento para cuidado medico (Por favor de darnos una copia de la autorizaciòn)

_____ Persona mayor de 18 años la cual tiene control sobre el cuidado de el menor y autorizaciòn por escrita por una persona autorizada para dar la autorizaciòn para consentirle cuidado medico al menor (Por favor de darnos una copia de autorizaciòn)

_____ La persona que tiene el poder de consentimiento no puede ser contactada y una nota actual que diga lo contrario no ha sido dada por la persona.

3. Razonès por las cuales el menor tiene la capacidad para consetir su propio tratamiento medico:

_____ Activo el los servicios armadas.
de E.U.A

_____ Embarazàda y Soltera (no casada)

_____ Por una donaciòn de sangre

_____ Es mayor de 16 años y vive
independientemente

_____ Por dependencia quimica

_____ Por una efermedad veneria reportable

4. Brevemente expliquè la razon por la cual el menòr necesita tratamiento medicò, incluya cualquier emergencia que tenga que ver con daños inmediatos hacia el menor y que pueda causar complicacionès en el futuro:

5. Yo autorizo cualquier diagnostico diferentè o tratamiento adicional que el medico piense sea necesario para este menor.

6. Fecha en la que el diagnostico o tratamiento deberà empezar: _____

7. Yo certifico que he leido y comprendido completamente y doy mi consentimiento, tambien que he dado mis explicaciònès correctas en lo dicho anteriormente y que lei este documento y lo llenè antes de firmarlo.

Firma

Fecha