

Consentimiento para Tratamiento de un Menor

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA CUANDO EL MENOR NO ESTÁ ACOMPAÑADO POR UNO DE SUS PADRES O SU TUTOR LEGAL

Clínica:		Estado: ☐ Illinois ☐ Indiana
----------	--	--

Esta clínica opera tanto en Illinois como en Indiana. Las leyes sobre el consentimiento para menores difieren entre ambos estados para ciertos servicios confidenciales descritos en la Sección 1. El personal debe consultar las notas al pie que aparecen a continuación para conocer las normas específicas de cada estado, según el estado donde se encuentre la clínica seleccionado anteriormente.

1. RECONOCIMIENTO

Reconozco que Midwest Express Clinic requiere el permiso del padre, madre o tutor legal de un menor antes de proporcionar servicios médicos cuando el menor está acompañado por una persona que no es su padre, madre o tutor legal, o cuando se presenta sin acompañante. Cuando el padre, madre o tutor legal no está disponible de inmediato y no se ha proporcionado consentimiento previo, el personal debe obtener autorización, y el tratamiento puede retrasarse mientras se obtiene dicha autorización, excepto cuando se requiera atención de emergencia o cuando la ley aplicable autorice al menor a dar su consentimiento de manera independiente.

La finalización de este formulario no retrasa ni limita la atención de emergencia. Si una persona se presenta con una condición de emergencia, Midwest Express Clinic proporcionará primeros auxilios y atención médica inmediata dentro de sus capacidades, independientemente de la posibilidad de obtener consentimiento o pago, de conformidad con las leyes aplicables que permiten el tratamiento sin consentimiento en situaciones de emergencia. Asimismo, se activarán los servicios médicos de emergencia cuando sea necesario para facilitar el traslado del paciente al nivel de atención adecuado. Un tratamiento específico, la administración de medicamentos o un procedimiento realizado durante una visita aún requiere un consentimiento verbal o escrito por separado en el momento de la visita, ya sea del padre, madre o tutor legal, de la persona autorizada a continuación, o del menor cuando este esté legalmente autorizado para dar su propio consentimiento.

Derechos del menor a dar su propio consentimiento. Este formulario no limita ningún derecho que un paciente menor de edad pueda tener, conforme a las leyes estatales, para dar su consentimiento de manera independiente a ciertos servicios médicos confidenciales sin la participación de sus padres. Estos derechos pueden incluir, entre otros, atención relacionada con infecciones de transmisión sexual, embarazo y anticoncepción, salud mental o tratamiento relacionado con el consumo de sustancias, sujetos a la edad y demás condiciones establecidas por las leyes estatales aplicables. Los menores que hayan sido emancipados por un tribunal o que estén legalmente casados pueden dar su consentimiento para recibir atención médica sin limitaciones. El personal verificará y documentará la base legal aplicable para el consentimiento del menor antes de proporcionar servicios conforme a esta sección.⁴

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento	
Dirección			

3. PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL REGISTRADO

Nombre		Relación: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor Legal*
Dirección/Teléfono		

**Si es un tutor legal, se debe escanear una copia de la orden judicial o de la documentación de tutela en el expediente del paciente antes de aceptar este formulario.*

4. ADULTOS AUTORIZADOS DESIGNADOS

Las siguientes personas tienen autorización para aprobar atención médica de rutina y/o exámenes físicos deportivos o escolares para mi hijo(a), así como para firmar en mi nombre los consentimientos, reconocimientos y formularios de responsabilidad financiera relacionados. Cada persona indicada deberá presentar una identificación válida con fotografía emitida por el gobierno en cada visita; el personal registrará la identificación al momento del registro (Sección 9). SI NO CORRESPONDE, INDIQUE "N/A" A CONTINUACIÓN.



Nombre	
Relación con el Menor	
Dirección/Teléfono	
Nombre	
Relación con el Menor	
Dirección/Teléfono	

5. ALCANCE Y DURACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Inicial:	Esta autorización es válida para la(s) persona(s) nombrada(s) en la Sección 4 y permanecerá vigente durante doce (12) meses a partir de la fecha de firma que aparece a continuación, o hasta que sea revocada por escrito por el padre, madre o tutor legal, lo que ocurra primero. Esta autorización vencerá automáticamente cuando el paciente cumpla dieciocho (18) años de edad.
-----------------	---

6. PRESENTACIÓN DE UN MENOR SIN ACOMPAÑANTE – AUTORIZACIÓN PREVIA DE LOS PADRES (OPCIONAL)

Inicial:	SI EL MENOR TIENE 15 AÑOS O MÁS: Mi hijo(a) menor de edad, nombrado(a) anteriormente, puede presentarse sin acompañante adulto y recibir tratamiento de rutina que no sea de urgencia conforme a esta autorización, y puede firmar un reconocimiento de mi responsabilidad financiera si puede presentar una identificación válida. Esta autorización previa no limita la facultad del proveedor que brinda el tratamiento para posponer un tratamiento que no sea de urgencia si, a criterio del proveedor, el paciente no puede participar de manera significativa en el proceso de consentimiento informado para un procedimiento específico.
-----------------	--

7. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Inicial:	Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Midwest Express Clinic, y autorizo a la(s) persona(s) nombrada(s) en la Sección 4 a recibir la información médica protegida que sea razonablemente necesaria para coordinar y dar consentimiento para la atención de mi hijo(a), sujeta a cualquier limitación relacionada con servicios confidenciales descrita en la Sección 1. Esta autorización no otorga a la(s) persona(s) nombrada(s) en la Sección 4, ni al padre, madre o tutor legal que firma a continuación, el derecho a recibir información sobre servicios para los cuales el menor haya dado su consentimiento de manera independiente conforme a las leyes estatales aplicables, a menos que el menor autorice dicha divulgación.
-----------------	--

8. RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que sigo siendo responsable financieramente por los servicios proporcionados a mi hijo(a) conforme a esta autorización, y que las personas nombradas en la Sección 4 pueden firmar en mi nombre los formularios de responsabilidad financiera y relacionados con la facturación al momento de recibir el servicio. Asumo toda la responsabilidad por estas decisiones y autorizo a Midwest Express Clinic a facturar a mi compañía de seguros y a divulgar la información necesaria para procesar las reclamaciones.

9. FIRMAS

Nombre de Padre/Madre/Tutor		Firma	
Fecha		Relación con el Menor	
Nombre Testigo (Staff de la Clínica)		Firma	

10. FOR STAFF USE ONLY

Date Received		Expiration Date (+12 mo.)	
Designated Adult ID Type/Last 4		Verified By (Staff Initials)	
Legal Guardian Docs Attached?		Scanned to Chart? ☐ Yes ☐ No	

