



**CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE EDAD**

Nombre del paciente menor de edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente menor de edad: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros, \_\_\_\_\_ (*nombre del (de los) padre(s) con custodia legal del paciente menor de edad*), declaro/declaramos que tengo/tenemos la custodia legal del paciente menor de edad mencionado anteriormente. Yo/nosotros tengo/tenemos autoridad para tomar decisiones médicas/dentales del paciente menor de edad y estoy/estamos autorizado(s) a tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor de edad.

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a los proveedores de Partnership Community Health Center (incluidos los estudiantes/residentes profesionales de la salud) a proporcionar al paciente menor de edad atención y tratamiento médico y dental de emergencia, urgente y de rutina incluidos todos los procedimientos de diagnóstico.

Yo/nosotros autorizo/autorizamos a Partnership Community Health Center a proporcionar a cualquier padre sustituto (si hay algún formulario de delegación de poder parental archivado para este paciente menor de edad) con información de salud protegida relacionada al paciente menor de edad. "Información de salud protegida" significa todos los registros médicos y de tratamiento relacionados con el paciente menor de edad que están protegidos y son confidenciales bajo 42C.F.R. Parte 2, Wis Stat 51.30 y 146.82, Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996, Ley Pública 104-191 ("HIPAA") y los Estándares de Privacidad de la Información de Salud de identificación individual ("Privacidad HIPAA Regulaciones"), 45 C.F.R. Parte 160 y Parte 164, subpartes A y E.

Esta autorización es válida hasta que sea revocada como se describe a continuación o hasta que el paciente menor de edad cumpla la mayoría de edad o hasta la siguiente fecha:  
\_\_\_\_\_.

El padre o tutor legal es responsable de notificar a Partnership Community Health Center sobre cualquier cambio. Esta autorización puede cambiarse o revocarse en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento anterior proporcionando anteriormente con notificación por escrito a Partnership Community Health Center. Yo/nosotros soy/somos consciente(s) de que cualquier cambio o revocación no entrará en vigor hasta después de la fecha en que se reciba la notificación por escrito.

He/hemos leído, considerado y aceptado detenidamente el formulario de consentimiento antes de firmarlo.

**FIRMA(S) DEL(LOS) PADRE(S)/TUTOR(ES) LEGAL(ES)**

*(Si más de uno de los padres tiene la custodia legal del (de los) niño(s), ambos padres deben firmar a continuación.)*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si desea que este consentimiento incluya todas las vacunas, firme y ponga la fecha a continuación. Asegúrese de tener acceso a MyPartnership, donde puede recibir del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC siglas en inglés) las hojas de información de las vacunas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_