



SCHOOL-BASED HEALTH CARE

Consentimiento para tratar a menores

Propósito: Este formulario se puede utilizar para permitir que un adulto que no sea el padre/madre actúe como un representante en la toma de decisiones para la atención y los servicios médicos de rutina en KU Wichita Pediatrics en Valley Center - USD 262.

Autorización:

Por la presente nombro a _____ Nombre _____ Relación _____

como persona encargada de tomar decisiones para dar el consentimiento y autorizar el tratamiento y los servicios de atención médica de rutina para mi hijo que se indican a continuación.

[] Marque aquí si autoriza a un adulto, incluido un padrastro/madrastra; a que acompañe al niño para que sea una persona encargada de tomar decisiones que pueda dar el consentimiento y autorizar la atención, el tratamiento o los servicios médicos para el cuidado de un menor y participar en el cuidado del menor.

Comprendo la atención médica de rutina: los tratamientos y servicios pueden incluir, entre otros: evaluación médica, examen físico, vacunas, radiografías y análisis de laboratorio.

Por la presente autorizo y otorgo a las personas encargadas de tomar decisiones nombradas anteriormente, permiso para dar consentimiento y autorizar la atención médica de rutina que se considere necesaria o recomendada para el diagnóstico y tratamiento del menor que se indica a continuación y para que reciba directamente información médica protegida (PHI) pertinente, y para los fines de su participación en esta atención o el pago relacionado con esta atención. (Complete un formulario separado para cada niño).

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Table with 2 columns and 4 rows: Nombre del padre/madre, Tel. durante el día, Tel. durante la noche, Tel. celular.

Entiendo que no existe la obligación de contactarme si la persona que toma las decisiones da su consentimiento para la atención. La persona nombrada como encargada de tomar decisiones en este documento puede tomar decisiones o dar el consentimiento para la atención en mi ausencia. También acepto la responsabilidad financiera por toda la atención y los servicios prestados de conformidad con esta autorización. Esta autorización es válida por un (1) año después de la fecha firmada a continuación, a menos que se retire por escrito a KU Wichita Pediatrics en Valley Center - USD 262. (Solo se requiere la firma de uno de los padres).

Firma del padre/madre o tutor legal

Firma del padre/madre o tutor legal

Fecha: _____

Fecha: _____