



## Delegación de Autorización para el Consentimiento al Cuidado de la Salud y Nombramiento de Representación Personal

*Delegation of Authority to Consent to Healthcare and Designation of Personal Representation*

Estimado Padre/Guardián:

El tratamiento de menores de edad requiere de un esfuerzo como equipo de parte del proveedor médico de OSMC y los padres o guardianes del menor. La responsabilidad del padre o guardián incluye apoyar las instrucciones medicas dadas de parte del proveedor medico. El rol del proveedor medico incluye asegurarse que el padre o guardián este al tanto y de acuerdo con el tratamiento que su hijo/a reciba.

Mientras nosotros le animamos a los padres o guardianes que estén presente en toda cita, nosotros entendemos que el trabajo y otras circunstancias de la vida puedan ocasionalmente impedir que un padre acompañe a su hijo/a menor de dieciocho años a su cita. En el esfuerzo de balancear las necesidades del paciente y nuestras responsabilidades médicas para asegurar el cuidado medico óptimo de nuestros pacientes jóvenes, le pedimos lo siguiente:

- Un padre/guardián legal tiene que estar presente en la primera cita en OSMC del menor.
- Un padre/guardián legal tiene que estar presente en la primer cita de una enfermedad/ lesión nueva del menor.
- Un padre/guardián legal tiene que ir a citas de IRM, Procedimientos En Oficina, Cirugías y exámenes de IMPACT.
- Si un padre no puede acompañar al menor de edad, después de su cita inicial, entonces otro adulto autorizado y responsable tiene que acompañarlo/a. Esta forma de Autorización y Consentimiento Informado para el Tratamiento de un Menor tiene que estar firmado por el padre y archivado. En adición, el padre también tiene que estar en acuerdo de estar disponible por teléfono durante el examen si el personal siente que es necesario.
- En ciertas circunstancias, el proveedor puede requerir la presencia del padre/guardián si el/ella siente que lo requiere por la naturaleza del contenido del examen, la habilidad del menor de comprender, etc. Por lo tanto, aunque el padre autorice tratamiento, el proveedor puede negar atender el menor si no esta presente el padre/guardián en citas subsecuentes.
- Servicios de Rehabilitación: Después de la cita de terapia inicial, se pueden hacer arreglos para menores arriba de la edad de 14 para presentarse a sus citas de terapia sin un padre, guardián o adulto que lo acompañe.

Yo autorizo y doy consentimiento a OSMC por la evaluación y tratamiento medico de mi hijo/a si un padre/guardián no esta presente.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Lesión/Enfermedad:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ He aquí yo/nosotros damos consentimiento en que se provea cualquier y todo servicio medico aparte de procedimientos quirúrgicos sin un padre/guardián, pero con otro adulto autorizado y responsable presente.

\_\_\_\_\_ He aquí yo/nosotros damos consentimiento en que se provea servicios de rehabilitación a un menor arriba de la edad de 14 sin un padre/guardián legal, u otro adulto presente.

\_\_\_\_\_ Yo/nosotros reconocemos que somos responsables por todos los cobros en conexión con el cuidado y tratamiento rendido.

**Por favor escriba el nombre y relación de cada individuo autorizado:**

NOMBRE

RELACIÓN

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha Firmada**

Esta forma es valida por un año a partir de la fecha firmada.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Guardián Legal en Letra de Molde**

He aquí revoco este consentimiento:

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Revoco**