

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



Autorización para que un menor de edad reciba tratamiento

Aquí en Northwest Colorado Health también sentimos que es importante que uno de los padres de un menor de edad acuda a todas sus citas, pero nos damos cuenta que esto a veces no es posible. Esta forma podría ser usada para permitir que otro adulto, aparte de los padres, pueda servir como apoderado(a) o encargado(a) de tomar decisiones (como un delegado) para atención médica y servicios de rutina en Northwest Colorado Health durante citas de seguimiento. Esta forma también podría ser usada para otorgar permiso a un(a) menor de edad para ser tratado(a) en Northwest Colorado Health sin la presencia de sus padres, tutor legal o de la persona que fue designada como apoderada o encargada de tomar decisiones. (Por favor tenga en cuenta que un(a) menor de edad puede obtener servicios de planificación familiar, incluyendo, entre otros, anticonceptivos, pruebas para detectar enfermedades de transmisión sexual, exámenes pélvicos y de los senos, sin tener que obtener permiso de sus padres).

Si desea designar a un(a) apoderado(a), por favor revise y llene las siguientes secciones, para autorizar a esa persona a tomar decisiones y darle su consentimiento para que, a su vez, él/ella autorice tratamiento médico o servicios para el/la menor de edad y pueda involucrarse en su atención médica. La persona designada debe ser mayor de 18 años de edad. No necesita llenar esta forma para designar a un tutor legal como apoderado.

AUTORIZACIÓN (Por favor maque todo lo que aplique):

Yo/nosotros como padre(s) o tutor legal de un(a) menor de edad:

Nombre del(a) menor de edad

Fecha de nacimiento

designo/designamos, por medio de la presente, a la(s) siguiente(s) persona(s) como apoderada(s) o encargada(s) de tomar decisiones, para que otorgue(n) su consentimiento y autorice(n) tratamiento y servicios de salud de rutina para mi/nuestro(a) hijo(a) nombrado(a) arriba:

Nombre del apoderado con letra de molde

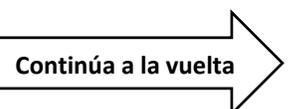
Parentesco que tiene con el paciente

Nombre del apoderado con letra de molde

Parentesco que tiene con el paciente

Tengo/tenemos el derecho legal de delegar tal consentimiento al(a) apoderado(a) o encargado(a) de tomar decisiones. Certifico/certificamos que la persona designada es un adulto que está legal y médicamente competente para ejercer la autoridad así delegada. Entiendo/entendemos que le podrían compartir datos de salud protegidos al(a) apoderado(a) para facilitar la toma de decisiones de una manera informada y por medio de la presente acepto/aceptamos que sean compartidos los mismos.

por medio de la presente otorgo/otorgamos permiso para que dicho(a) menor de edad reciba tratamiento médico en ausencia de sus padres, tutor legal y apoderado(a) o encargado(a) de tomar decisiones.



Staff Initials: _____

Revision: May 2018

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

LIMITACIONES

Por favor indique si quiere poner alguna limitación o restricción específica para cualquiera de los tipos de servicios médicos para los cuales se está otorgando esta autorización.

Ninguna Limitaciones o restricciones:

IDENTIDAD DE LOS PADRES

Información para ponernos en contacto con los padres por si hay preguntas acerca del tratamiento:

_____ Nombre del padre o madre	_____ Número de teléfono	_____ Número de teléfono alternativo
-----------------------------------	-----------------------------	---

_____ Nombre del padre o madre	_____ Número de teléfono	_____ Número de teléfono alternativo
-----------------------------------	-----------------------------	---

Por medio de la presente me comprometo/nos comprometemos a indemnizar y liberar de toda responsabilidad a Northwest Colorado Health y todos sus oficiales, agentes, empleados, abogados, directores, aseguradoras, afiliadas, subsidiarias, corporaciones relacionadas, sucesores, herederos y asignados por actuar de acuerdo a lo estipulado en esta autorización. La persona asignada como apoderada (nombrada arriba) tiene permitido tomar decisiones o dar su consentimiento para que, en mi/nuestra ausencia, le proporcionen atención médica a mi/nuestro(a) hijo(a). También estoy/estamos de acuerdo en aceptar mi/nuestra responsabilidad financiera por toda la atención y servicios proporcionados de conformidad con esta autorización. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha en que fue firmada, a menos que se envíe una petición por escrito a Northwest Colorado Health para retirarla o se haya puesto una restricción al periodo de tiempo, como se especificó arriba. Sólo se necesita la firma de uno de los padres.

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

Staff Initials: _____

Revision: May 2018