

Consentimiento del menor para el tratamiento (Minor Consent for Treatment-Spanish)

Nombre completo del menor: _____ Fecha de Nacimiento _____

Hay un médico, enfermero practicante o asistente médico, dentista, higienista dental, enfermero y consejero de salud mental disponible, según los horarios, para brindar atención médica primaria, atención dental, servicios psicosociales y consultas nutricionales. Los servicios pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y pruebas de detección
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas y crónicas
- Talleres de educación, promoción y prevención de la salud
- Vacunas
- Servicios de bienestar, incluyendo apoyo para dejar de fumar, nutrición y control del peso
- Servicios de salud reproductiva, incluyendo exámenes ginecológicos, educación, pruebas, asesoramiento y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS/ETS) y VIH/SIDA, y servicios de anticoncepción
- Pruebas de laboratorio (por ejemplo, cultivos de garganta, hemogramas completos [CBC] y pruebas rápidas de mononucleosis)
- Consejería de salud mental
- Exámenes y tratamiento dental
- Referencias a servicios que no están disponibles en el Centro de Salud Escolar

Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:

El niño/a mencionado/a tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por Promise Healthcare por sus proveedores. He sido informado y comprendo el alcance de los servicios que pueden prestarse. También entiendo que un padre, tutor legal o menor de edad que esté autorizado por la ley de Illinois a dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. También entiendo que, aunque se recomienda que esté presente durante las citas, no es obligatorio y que, al firmar a continuación, autorizo a Promise Healthcare a brindar servicios a mi **hijo/a** en su mejor interés.

Además, entiendo que, conforme a las leyes de Illinois, un menor de edad mayor de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a determinados servicios de salud, y no se requiere la presencia de un padre o tutor para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo/a tiene 12 años o más y fuera a recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias de Promise Healthcare, él/ella/ellos pueden recibir hasta ocho sesiones de terapia sin mi consentimiento. Por ley, un niño o adolescente de 12 años o menos no podrá recibir servicios de salud mental o tratamiento por abuso de sustancias sin el consentimiento de sus padres.

Autorización opcional para compartir registros de cumplimiento de los requisitos de salud escolar

Iniciales _____ **Sí, autorizo a Promise Healthcare a compartir directamente con el personal de enfermería y administrativo de _____ (Nombre del Distrito Escolar) comprobantes de los exámenes físicos escolares, las vacunas y los exámenes dentales y de la vista requeridos por el estado de Illinois para mi hijo(a).** *(No marcar esta casilla no afectará la elegibilidad de su hijo(a) para recibir servicios de atención médica en nuestra clínica).*

Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha de la firma durante un año, Esta autorización seguirá vigente hasta que el menor cumpla 18 años, a menos que usted la cancele por escrito o el menor se emancipe antes.

Nombre completo del padre, madre o tutor (en letra de molde) _____

Relación con el menor: _____

Si no estoy disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar al menor a su(s) cita(s), cuando sea necesario.

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del paciente (12 años o más): _____ **Fecha:** _____