

CONSENTIMIENTO AVANZADO PARA TRATAR A MENORES



SOLOMENTE PARA OFICINA - Patient PID: _____

Yo _____, el padre/la madre o tutor legal de mi hijo _____ autorizo y doy consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento médico de rutina y de emergencia cuando el personal médico lo considere necesario.

Además, autorizo a la siguiente persona nombrada a continuación a dar su consentimiento para la atención médica de mi hijo menor en mi lugar: _____

He adjuntado una copia de mi identificación con foto, así como el comprobante de seguro de mi hijo menor de edad. Esta autorización estará en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

Firma del padre/la madre/tutor legal

Fecha

A LOS PADRES Y TUTORES de NIÑOS MENORES DE EDAD

Los proveedores y el personal de Desert Radiology le damos gran importancia a la salud y el bienestar de cada uno de los pacientes de nuestra clínica y apreciamos que usted haya depositado su confianza en nosotros para proporcionarle servicios médicos a su hijo menor de edad. Será un placer colaborar con usted para asegurarnos de que su hijo reciba el mejor cuidado médico posible.

Como regla general, requerimos el consentimiento de uno de los padres o tutor legal para brindarle servicios médicos a un menor de edad (personas de menos de 18 años). Puesto que muchos padres trabajan fuera del hogar o tienen otros compromisos, comprendemos que es posible que no pueda acompañar a su hijo a todas las citas en la clínica. Si un menor de edad llega a la clínica solo o acompañado por un adulto que no es uno de sus padres o tutor legal, hacemos lo posible por tratar de comunicarnos con usted para su consentimiento. Dependiendo de la razón de la cita, si no podemos comunicarnos con usted para obtener su consentimiento, posiblemente tengamos que cambiar la cita.

Con el objetivo de brindarle la atención que necesita y evitar tener que cambiar la cita de su hijo, creamos un formulario de Consentimiento avanzado para tratar a menores que después de que uno de los padres o el tutor legal lo llene, lo colocaremos en el expediente del menor para usarlo según sea necesario. Con este formulario, el personal médico calificado podrá darle tratamiento médico de rutina y de emergencia a su hijo menor de edad cuando sea necesario. El formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

Usted puede pedirle este formulario a cualquier miembro del personal de nuestra clínica. Quizás aún tengamos que ponernos en contacto con usted para hablar sobre el plan de tratamiento de su hijo.

De conformidad con la ley de Nevada NRS 129.030, los menores de edad tienen el derecho de dar consentimiento para ciertos tipos de atención médica sin el consentimiento de un padre o tutor. Un menor de edad puede dar consentimiento para su cuidado médico:

- Si el menor de edad está viviendo sin sus padres o tutores legales, con o sin su consentimiento, y lo ha hecho durante por lo menos cuatro meses;
- El menor está casado o ha estado casado;
- El menor es una madre o tuvo un bebé o
- El menor está en grave peligro de sufrir un problema grave de salud, a juicio del médico, si no recibe tratamiento.

Si un menor da consentimiento para la atención médica, según lo permite la ley, él o ella puede pedir confidencialidad para ese aspecto de su atención médica que nos prohibirá revelar dicha información a cualquier persona, incluidos los padres o tutores, sin el permiso expreso por escrito del menor.

Es la filosofía de esta clínica incitar a los pacientes menores de edad a que incluyan a un padre, tutor u otro adulto en el que confían en todos los aspectos de sus servicios de atención médica que son para el bien de su hijo menor.