

## Consentimiento para la evaluación de sus hijos e información médica

Como tutor/custodio legal, por el presente y de forma voluntaria, brindo mi consentimiento para la realización de una evaluación médica a:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Relación)

de \_\_\_\_/\_\_\_\_ de edad y para la prestación de atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico, (años / meses)

por parte de los miembros autorizados del personal de Matrix Medical Network o sus representantes, según sea necesario en función de su criterio profesional. Esta atención se brindará de acuerdo con los estándares de asistencia de la comunidad y de la necesidad médica, según lo considere apropiado el proveedor.

Por el presente, reconozco que no se me ha dado ninguna garantía respecto del efecto que pueden tener dichas evaluaciones o tratamientos en la condición de mi hijo/a.

Nosotros/Yo por el presente damos/do yo nuestro (mi) consentimiento al proveedor de Matrix Medical para que atienda a nuestro/a (mi) hijo/a y coordine la atención médica y el tratamiento de emergencia o de rutina necesarios para conservar la salud de nuestro/a (mi) hijo/a.

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, Código postal: \_\_\_\_\_

**He leído este formulario y certifico que comprendo su contenido.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Madre, padre o tutor legal

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, se pueden comunicar conmigo en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**En caso de ausencia del padre, la madre o el tutor, se requiere un consentimiento por anticipado. Consulte la página siguiente.**

**Formulario de consentimiento pediátrico**

(En caso de ausencia del padre, la madre o el tutor)

NOMBRE DEL HIJO/A: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL HIJO/A: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL HIJO/A: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL HIJO/A: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

Yo (Nosotros), el padre, la madre (los padres) o el tutor legal, autorizo (autorizamos) a las personas indicadas a continuación a actuar en mi (nuestro) nombre con total autoridad para otorgar el permiso para la realización de cualquier tratamiento médico. Además, por medio del presente, se autoriza al proveedor, en caso de emergencia, a hacer lo que considere mejor para el menor mencionado anteriormente, según su opinión profesional. Comprendo que, a pesar de que se presente este consentimiento, es posible que el proveedor solicite comunicarse con el padre/ la madre/ el tutor antes de brindar el tratamiento médico.

**PERSONAS ADULTAS QUE PUEDEN BRINDAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO EN MI (NUESTRA) AUSENCIA:**

(Las personas autorizadas también deben estar registradas en CHA)

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Este formulario de consentimiento permanecerá en vigencia durante 12 meses a partir de la fecha en que se firmó o durante menos tiempo, si se lo especifica: \_\_\_\_\_**

**AUTORIZADO POR: (Se prefiere la firma de ambos padres, pero esto no es obligatorio)**

*Al firmar a continuación, certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del menor mencionado anteriormente y que hago uso de mi autoridad al firmar este formulario de consentimiento pediátrico.*

Nombre de la madre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Nombre del padre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

O bien

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

**CUALQUIER CAMBIO A ESTE CONSENTIMIENTO DEBE REALIZARSE PERSONALMENTE.**

**LÍNEA DIRECTA SOBRE CUMPLIMIENTO: 1-800-863-6599**