

Consentimiento del menor para el tratamiento

Nombre completo del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Un médico, una enfermera o un auxiliar médico, un dentista, un higienista dental, una enfermera, un psiquiatra y un consejero de salud mental están disponibles, según el horario, para proporcionar atención sanitaria primaria, cuidados dentales, servicios psicosociales y consultas nutricionales.

Los servicios disponibles pueden incluir, entre otros:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y/o detección de problemas de salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas
- Educación y promoción de la salud: se ofrecerán talleres de promoción y prevención de la salud.
- Inmunizaciones
- Promoción del bienestar, como dejar de fumar, nutrición o control del peso
- Atención a la salud reproductiva, incluidos exámenes ginecológicos, educación sobre ETS, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH/SIDA, asesoramiento/pruebas y servicios anticonceptivos
- Pruebas de laboratorio como cultivo de exudado faríngeo, hemograma completo, mononucleosis, etc.
- Servicios de asesoramiento en salud mental
- Examen y tratamiento dental
- Remisiones a otros organismos para servicios no prestados en el Centro de Salud Escolar.

Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:

El niño mencionado 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(s) de atención sanitaria. También entiendo que, aunque se me recomienda estar presente para las citas, no es obligatorio y que, al firmar a continuación, estoy autorizando a Promise Healthcare a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Entiendo además que, según la ley de Illinois, un menor de más de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a determinados servicios sanitarios y no se requiere la presencia de los padres para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo 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 menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias sin el consentimiento de sus padres.

Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha de la firma durante un año, a menos que lo rescinda por escrito o en el momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otro modo.

Nombre completo impreso del padre/tutor: _____

Relación con el menor: _____

Si/cuando yo no esté disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar a este niño a su(s) cita(s) si procede:

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:** _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL

Recibido por: _____ Fecha de Recepción: _____