

### Consentimiento de menores para el tratamiento

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 disponibles pueden incluir, entre otros:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y/o exámenes de detección de problemas de salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
- Educación y promoción de la salud: se ofrecerán talleres de promoción/prevención en materia de salud de alcance comunitario
- Inmunizaciones
- Promoción del bienestar, que incluye cesación tabáquica, nutrición y/o control de peso
- Atención de salud reproductiva, incluyendo exámenes ginecológicos, educación, pruebas y tratamiento de ETS, educación sobre el VIH/SIDA, asesoramiento/pruebas y servicios anticonceptivos
- Pruebas de laboratorio que incluyen exudado faríngeo, hematología completa, pruebas de mononucleosis, etc.
- Servicios de consejería de salud mental
- Examen y tratamiento odontológico
- Derivaciones a otras agencias para obtener servicios que no se ofrecen en el Centro de Salud Escolar Urbana (USBHC)

### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

**Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:**

El niño mencionado anteriormente tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por Promise Healthcare por parte de sus proveedores. He sido informado y entiendo el alcance de los servicios que se pueden proporcionar. También entiendo que un padre, tutor legal o menor a quien la ley de Illinois le permita dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. También entiendo que, aunque se me alienta a estar presente para las citas, no es obligatorio, y que, al firmar a continuación, autorizo a Promise Healthcare para que brinden a mi hijo los servicios que sean mejor para él.

Además, entiendo que, según la ley de Illinois, un menor que tenga más de 12 años posee la misma capacidad que un adulto para consentir el recibir ciertos servicios de salud y no se requiere el permiso de los padres para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo tiene 12 años o más y recibe servicios de salud mental/abuso de sustancias Promise Healthcare, él/ella/ellx puede recibir hasta ocho sesiones de terapia sin mi consentimiento. Por ley, un niño menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres.

**Este consentimiento surtirá efecto a partir de la fecha de la firma durante un año** a menos que lo cancele por escrito o en el momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otra manera.

Nombre completo escrito del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Si/cuando no estoy disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar a este niño a su(s) cita(s), *si corresponde* (por favor, indique el (los) nombre(s) completo(s) y la relación con el niño):

\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente (12 años o más): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_