

VERIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO GENERAL Y TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD



AL PADRE/MADRE: Tiene usted derecho, como padre/madre, de ser informado de su condición y las recomendaciones quirúrgicas, médicas o procedimientos de diagnóstico que se utilizarán con su hijo(a) para que usted pueda tomar la decisión de que se someta o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de saber los riesgos y peligros que conlleva. En este punto de su cuidado, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un recurso para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada para su hijo(a) menor de edad. Este documento no tiene la intención de asustar o alarmar. Es simplemente una manera de darle mejor información para que pueda dar o denegar su consentimiento. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por el proveedor/a de atención médica de su hijo(a), le recomendamos que haga preguntas.

NOMBRE DEL MENOR: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Yo, _____, certifico o afirmo que soy el padre, padre adoptivo o una persona a la que se le ha otorgado el derecho exclusivo y la autoridad sobre el bienestar del niño mencionado anteriormente según la ley estatal y voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo a Terry Reilly, su personal, médicos, y otros profesionales para administrar, proporcionar y realizar los cuidados médicos generales, pruebas, procedimientos rutinarios, asesoramiento, entrega de resultados de laboratorio y otros servicios que sean considerados necesarios, recomendables o beneficiosos por parte de los proveedores para diagnóstico o tratamiento efectivo para mi hijo(a). Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnósticos rutinarios, incluidos los rayos x, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para los exámenes de laboratorio. Las pruebas y el tratamiento de las ITS, y las pruebas de embarazo pueden incluirse en las pruebas diagnósticas rutinarias, si corresponde. Entiendo que no se me han garantizado los resultados o la efectividad de dicho tratamiento y cuidado para la condición de mi hijo(a).

Excluyendo una emergencia médica o circunstancias extraordinarias, entiendo que no se realizará ningún procedimiento sustancial sin darme la oportunidad de dar o rechazar el consentimiento informado para ese procedimiento específico. Al dar mi consentimiento general para la atención y el tratamiento para mi hijo(a), entiendo que me reservo el derecho de rechazar cualquier examen en particular, propuesta de cuidado, prueba, cirugía, procedimiento, tratamiento, terapia, o medicamento, incluida la prueba del VIH y que tengo el derecho de revocar este consentimiento general para el cuidado y tratamiento en cualquier momento. Mi negación a dar el consentimiento a un procedimiento recomendado no pondrá en peligro el derecho de mi hijo(a) a recibir la atención médica adecuada.

Solicito voluntariamente a Terry Reilly y a su personal médico, dental, de enfermería, salud conductual, farmacia y otros profesionales o a los designados por ellos, incluyendo principiantes según se considere necesario, que se realice un examen médico, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención y tratamiento para mi hijo(a) en Terry Reilly. Autorizo la dispensación de medicamentos de venta libre y recetados por la farmacia de Terry Reilly Health Services a mi hijo(a).

Las pruebas de VIH se ofrecerán como parte de las pruebas de laboratorio rutinarias recomendadas. La recepción de servicios de planificación familiar no es un requisito previo para recibir cualquier otro servicio ofrecido por Terry Reilly Health Services.

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO ESTA VERIFICACIÓN DEL **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO GENERAL Y TRATAMIENTO DE MI HIJO(A)** MENOR DE EDAD. ME HAN DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y CUALQUIER PREGUNTA QUE HAYA TENIDO HA SIDO RESPONDIDA A MI SATISFACCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL.

Firma

Fecha

Nombre impreso

v. 4 OCT 2024