

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN DE SALUD DE UN MENOR DE EDAD

Este formulario debe estar completado y firmado por el padre o madre del menor, a menos que el menor esté emancipado. "Padre" o "madre" se refiere al padre o a la madre biológico(a) o adoptivo(a) del menor o a una persona a quien se le haya otorgado el derecho exclusivo y la autoridad sobre el bienestar del menor bajo el amparo de las leyes estatales. Un menor se considera emancipado si ha contraído matrimonio, está en servicio activo del ejército, es objeto de una orden judicial que declara que dicho menor se ha emancipado, o ha rechazado una relación de padre-hijo/madre-hijo, vive por su cuenta y corre con sus propios gastos.

CONSENTIMIENTO GENERAL

Yo, el padre/madre abajo firmante, por este medio otorgo mi consentimiento general para la provisión de servicios médicos a mi hijo, _____, por el equipo de profesionales de salud de Full Circle

Nombre del niño/menor

Health y por los profesionales de salud afiliados a Full Circle Health. Comprendo que este consentimiento general para servicios médicos permite el diagnóstico, pruebas, examinación, prevención, tratamiento, cura, atención y alivio de mi hijo para cualquier padecimiento físico o mental, enfermedad, lesión, defecto o afección, incluidos, entre otros:

- Servicios de atención primaria
- Vacunas de rutina
- Anticonceptivos (incluido control de natalidad)
- Vacuna contra el VPH (HPV, por sus siglas en inglés)
- Tratamiento del embarazo
- Cuidados prenatales y parto
- Pruebas y tratamientos de salud mental y conductual
- Pruebas y tratamientos ambulatorios por abuso de sustancias
- Pruebas y tratamientos por VIH
- Pruebas y tratamientos por infecciones y enfermedades de transmisión sexual

Riesgos y beneficios

Comprendo que tengo derecho a que se me informe sobre la situación de salud de mi hijo y sobre el tratamiento o procedimiento que se utilizará para que yo pueda tomar la decisión sobre si proceder o no con el tratamiento o procedimiento sugerido para mi hijo, tras conocer los riesgos y beneficios sobre el mismo. Excluidas situaciones de emergencia, en que proveer servicios de atención de salud es necesario para evitar la muerte o lesiones físicas inminentes e irreparables al menor. Comprendo que no se realizará ningún procedimiento sustancial sin que se me haya dado la oportunidad de otorgar o negar mi consentimiento informado para ese procedimiento en específico. Estoy de acuerdo en que el profesional de salud puede conversar a solas con mi hijo sobre los servicios indicados anteriormente, si así decide hacerlo.

Duración y revocación de consentimiento

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento avisando por escrito a Full Circle Health. Sin embargo, reconozco que dicha revocación de consentimiento no será efectiva en situaciones de emergencia en las que la vida o la salud de mi hijo estén en riesgo y no procede ante cualquier uso o divulgación realizada por Full Circle Health previos a recibir este formulario de revocación completado, o para usos o divulgaciones que se requieran por ley. A menos que sea revocado antes, entiendo que este consentimiento general es válido por un periodo de un (1) año desde la fecha en que lo firmé.

Al firmar este formulario, reconozco que:

- Leí y entiendo el propósito de otorgar mi consentimiento como padre/madre para la visita de hoy y todas las visitas futuras y/o tratamientos de mi hijo.
- Entiendo que tengo derecho a suspender el tratamiento en cualquier momento.
- Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento entregando un aviso por escrito a Full Circle Health.
- Entiendo que este consentimiento es válido por un (1) año desde la fecha de mi firma.

Nombre del menor (Letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del menor

Nombre del padre/madre (Letra de imprenta)

Firma del padre/madre

Fecha de hoy