



## CONSENTIMIENTO DELEGADO PARA TRATAR Y COMPARTIR LA INFORMACION DE SU SALUD

Paciente : \_\_\_\_\_

Paciente : \_\_\_\_\_

Sabemos que es posible que no siempre pueda traer a su hija/hijo para un chequeo físico o una cita de enfermedad. Los niños a veces pueden venir con un pariente, amigo cercano o proveedor de guardería. Queremos trabajar con usted para cuidar de sus hijos.

- Al marcar "NO", usted está diciendo **Centro de Bienestar para Niños y Adolescentes** que desea que su(s) hijo(s) solo sean vistos cuando un padre o tutor legal este presente.
- Al marcar "SI", usted da permiso al **Centro de Bienestar para Niños y Adolescentes** a ver a su(s) hijo(s) para el cuidado del bienestar , las vacunas o para enfermedades menores cuando otro adulto los trae. Su firma significa que usted entiende lo que está aceptando y sus preguntas han sido respondidas.

**NO**, no quiero que otro adulto traiga a mi(s) hijo(s) a su oficina

**SI**, quiero que otro adulto pueda llevar a mi(s) hijo(s) a su oficina.

***El adulto que trae a su hijo debe saber cómo comunicarse con usted por teléfono.***

***El Centro de Bienestar para Niños y Adolescentes*** proporciona atención médica continua a mi hijo. Doy permiso para brindar atención cuando envío a mi(s) hijo(s) a esta oficina con otro adulto. Si se identifica un problema grave, ***El Centro de Bienestar para Niños y Adolescentes*** puede proporcionar la atención urgente y necesaria mientras hace esfuerzos para comunicarse conmigo. Entiendo que soy responsable de hablar con el proveedor y/o adulto acompañante para recibir información relacionada con la visita a la oficina. Este formulario permanecerá en vigor hasta que el Centro de Bienestar para Niños y Adolescentes sea notificado por escrito de cualquier cambio.

*Solo discutiremos la salud de su hijo/niños con las personas que se enumeran a continuación:*

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### ***Tenga en cuenta:***

*De acuerdo con la ley de Maryland, estamos autorizados a ver a niños menores de 18 años sin el consentimiento de los padres para lo siguiente: consumo de drogas/alcohol, problemas de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción, embarazo, violación o abuso sexual. Si tiene alguna pregunta, por favor hable con el proveedor de su hijo.*

Firma del padre/tutor:

\_\_\_\_\_