



family wellness center

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING

2901 N. IH 35, Ste 101 □ Austin, TX 78722

512-232-3900 • (fax) 512-471-1455

CONSENTIMIENTO DE MENORES A LA PROPIEDAD DE TRATAMIENTO INFORMACION DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO

El que suscribe menor de edad, menos de dieciocho (18) años de edad, por la presente consiente el tratamiento médico en la Clínica Family Wellness (FWC) por FWC proveedores y / u otros medios idóneos de FWC personal.

1. Nombre del paciente menor de edad: _____

2. El que suscribe menor tiene poder legal para dar su consentimiento a la atención médica debido a que el menor (marque uno o más):

- está en servicio activo con las fuerzas armadas de los Estados Unidos de América,
- es de 16 o más años de edad y reside separados y aparte de sus padres, la gestión conservadora, o tutor (ya sea con o sin el consentimiento de los padres, la gestión conservadora, o el tutor y con independencia de la duración de la residencia), y es la gestión de sus propios asuntos financieros (independientemente de la fuente de los ingresos).
- es el consentimiento para el diagnóstico y el tratamiento de cualquier infecciosa, contagiosa o enfermedad transmisible que es notificable al Departamento de Salud de Texas.
- es soltera y está embarazada y su consentimiento para el tratamiento médico relacionadas con el embarazo.
- Es el consentimiento para examen y tratamiento para la adicción a las drogas, dependencia de drogas, or cualquier otra condicion directamente relacionados con el uso de drogas.
- está consintiendo a la consejería para la prevención del suicidio, la adicción química o dependencia, o sexual, físico o abuso emocional
- es un menor emancipado

3. Certifico que he leído y entiendo plenamente lo que antecede consentimiento, que los hechos indicados en el 2 supra son verdaderas, y que todos los espacios en blanco o declaraciones que requieren la inserción o la terminación fueron rellenados antes he firmado.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

POR FAVOR LEE Y FIRMA EL SIGUIENTE:

He recibido una copia de la Familia Wellness Center Aviso de Prácticas de Privacidad como lo exige el Reglamento de Privacidad HIPAA.

FIRMA

FECHA DE HOY

NOMBRE COMPLETO (ESCRIBA EN LETRAS DE IMPRENTA)

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE
UN MENOR QUE NO TIENE PODER LEGAL DE DAR SU
CONSENTIMIENTO**
Informacion y Consentimiento

Nombre del Paciente menor de edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Direccion (Calle, Ciudad, Estado, Codigo Postal): _____

Padre/Guardian Numero de Telefono: _____
CASA TRABAJO

Yo, el abajo firmante, como el padre o tutor legal de _____, (un menor) decide autorizar dicho diagnóstico, médicos y / o el tratamiento quirúrgico de esos menores que se consideren necesarias o apropiadas según las circunstancias para el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión del menor. El médico tratante, personal, y la Universidad de Texas en Austin y es la Mesa, regentes, y los empleados no se hará responsable de ninguna manera por las consecuencias de dicho diagnóstico, médicos y / o tratamiento quirúrgico y quedan dispensados de toda una todas las reclamaciones y las causas de acción que surgen de mi, crecen fuera de, o ser inherentes a tal diagnóstico, tratamiento o cirugía en la medida en que la ley permite y siempre que estos servicios se realizan con cuidado normal y en la medida de su capacidad.

FIRMA DEL PADRE OR GUARDIAN LEGAL

FECHA DE HOY

NOMBRE (ESCRIBA EN LETRAS DE IMPRENTA)

Información medica relacionada al menor:

Alergias: _____

Los medicamentos actuales: _____

Fecha de la ultima vacuna de tetano: _____

Historia clínica: _____

Condición era urgente. Se obtuvo consentimiento para el tratamiento por teléfono desde los padres/guardian legal:

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN LEGAL

HORA Y FECHA

by _____
FIRMA DE LA PERSONA QUEIN OBTUVO EL CONSENTIMIENTO