### Consentimiento de Servicios Médicos MEDICAL SERVICES CONSENT

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es voluntario pero su finalización ayudará a los cuidadores a asegurar que se brinde atención médica adecuada y en forma puntual. El formulario debe ser completado por el padre, la madre o el guardián de un menor puesto en cuidado sustituto o en cuidado sustituto para tratamiento. La información personal de identificación que se dé en este formulario se utilizará para propósitos de identificación y para asegurar que se brinde atención médica adecuada al menor. La información personal que usted proporcione se puede usar para otros propósitos [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja separada o use la parte de atrás de este formulario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del padre, madre o guardián (Apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre) | | |
| Nombre del niño (Apellido, primer nombre, inicial del 2º nombre) | Fecha de nacimiento del menor (mm/dd/aaaa) | |
| **A. Consentimiento para Servicios Médicos de Rutina y Exclusiones** | | |
| A los fines de prestar servicios médicos de rutina del menor mencionado anteriormente, doy por el presente mi consentimiento para que la agencia de colocación de menores o su representante apruebe la prestación de servicios médicos y dentales de rutina\*, incluidos los exámenes médicos y dentales y los tratamientos prescritos que no sean de emergencia (por ejemplo, reparación dental, vacunas, medicamentos, evaluación de necesidades de salud reproductiva), con las siguientes excepciones: | | |
|  | | |
| \*Todos los servicios médicos se realizarán bajo la dirección de un proveedor de atención dental o médico u otro profesional con licencia según corresponda. La atención dental de rutina es un servicio y tratamiento de diagnóstico y preventivo que incluye la restauración dental, extracciones dentales y uso de óxido nitroso. | | |
| **B. Consentimiento para Servicios Médicos de Emergencia y Exclusiones** | | |
| En caso de una emergencia médica que implique al menor arriba mencionado, entiendo que se utilizarán los siguientes procedimientos. Por este documento, consiento a que la agencia de colocación de menores o su designado arregle la prestación de servicios médicos de emergencia usando los siguientes procedimientos: | | |
| 1. Se hará lo razonablemente posible para comunicarse conmigo y obtener mi consentimiento para los servicios médicos necesarios, incluso procedimientos quirúrgicos. | | |
| 2. Si no es posible ubicarme dentro de un tiempo razonable, la agencia de colocación de menores tiene la autoridad para consentir a la cirugía de emergencia. | | |
| 3. Los tribunales de menores tienen la autoridad para consentir a otros servicios médicos. | | |
| 4. Todos los servicios médicos estarán bajo la dirección de un proveedor dental o médico con licencia u otro profesional con licencia, según sea apropiado. | | |
| No tengo ninguna objeción a que la agencia de colocación de menores ejerza su autoridad, excepto en los siguientes casos: | | |
| **C. Información del padre o la madre/guardián** | | |
| Dirección del hogar (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | Teléfono de la casa |
| Dirección del trabajo (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | Teléfono del trabajo |
| Dirección – Otro (Especifique) | | Teléfono – Otro (Especifique) |
| Dirección – Otro (Especifique) | | Teléfono – Otro (Especifique) |
| **FIRMA –** Padre o Madre /Guardián | | Fecha de la firma |
| **FIRMA** – Menor (únicamente de 14 años de edad en adelante) | | Fecha de la firma |