

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