

## Autorización de Consentimiento de Tratamiento Médico

### AUTHORIZATION TO CONSENT TO MEDICAL TREATMENT

La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Nombre – Niño	Fecha de nacimiento
---------------	---------------------

Nombre – Parte Responsable	Especificar la relación con el menor <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor legal o designado del tutor legal**
----------------------------	---

**A la Parte Responsable:** Lea con detenimiento todos enunciados y marque "Sí" o "No" para indicar su consentimiento con lo siguiente

- | <u>Sí</u>                | <u>No</u>                |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. <b>Atención médica de rutina:</b><br>Autorizo por el presente al Division of Milwaukee Child Protective Services (DMCPS) o a cualquier padre sustituto / pariente cuidador para que programe o consienta atención de salud mental, dental o médica de rutina para el menor por medio de la red designada de proveedores médicos particulares de cuidado de crianza. La atención médica rutinaria incluye las vacunaciones, una evaluación del estado médico, nutricional (crecimiento), dental, de desarrollo y emocional / de comportamiento, incluidos los controles de salud mental del menor. Todos esos servicios se realizarán bajo la dirección de un médico, proveedor dental u otro profesional de salud mental o médico con licencia según sea apropiado. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. <b>Servicios médicos de emergencia:</b><br>Autorizo por el presente a DMCPS o a los padres sustitutos / parientes cuidadores a programar y consentir los servicios médicos de emergencia usando el siguiente procedimiento:<br>a. Se hará un esfuerzo razonable para comunicarse conmigo y garantizar mi consentimiento de los servicios de emergencia necesarios, incluidos los procedimientos quirúrgicos.<br>b. Si no se me puede ubicar en un período razonable, DMCPS o los padres sustitutos / parientes cuidadores tienen mi autorización para consentir a cirugía de emergencia.<br>c. Todos los servicios médicos se prestarán bajo la dirección de un médico u otro profesional médico con licencia según sea apropiado.                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. <b>Medicamentos:</b><br>Autorizo por el presente a los padres sustitutos / parientes cuidadores a administrar medicamentos recetados con anterioridad al menor indicado arriba.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Tengo seguro médico que cubre a este menor. Afirmo que mantendré este seguro durante la colocación del menor en un cuidado fuera de la casa y proporcionaré la información necesaria a DMCPS.<br>Nombre de la compañía de seguros y / o HMO: _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Autorizo por el presente al proveedor médico a divulgar información con respecto a la historia clínica y al estado del menor a los padres sustitutos / parientes cuidadores y a DMCPS para garantizar que se proporcione la atención médica y los servicios adecuados al menor.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Autorizo por el presente a DMCPS o a los padres sustitutos / parientes cuidadores a consentir con respecto a las divulgaciones necesarias de registros escolares /educativos para coordinar el cuidado y los servicios para el menor.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Autorizo por el presente a DMCPS o a los padres sustitutos / parientes cuidadores a consentir compartir información médica para coordinar el cuidado y los servicios para el menor.   |

**Excepciones:** Indique toda objeción al cuidado según lo indicado arriba y la razón de la objeción. (Adjunte páginas adicionales de ser necesario.)

**Esta autorización permanecerá vigente durante la colocación en cuidado fuera de la casa a menos que se retire por escrito.**

Nombre – Parte Responsable (en letra de imprenta)	FIRMA – Parte Responsable	Fecha de la firma
Nombre – Testigo	Fecha de la firma	

\* Se debe presentar un formulario de autorización por cada menor que DMCPS tome bajo su cuidado.

\*\* Se debe obtener una copia de las órdenes judiciales aplicables con respecto a la tutela para el expediente de DMCPS.

Distribución: Original – Expediente del caso  
Copia – Padres sustitutos / Parientes cuidadores  
Copia – Padres / Tutores