

Consentimiento para el diagnostic y tratamiento de un Menor

Doy mi consentimiento para el diagnostico y tratamiento del menor _____
por _____ y el personal.

Soy consciente de que la practica de la medicina y la cirugia no es una ciencia exacta y yo reconozco que no se han hecho garantias en cuanto al resultado de los tratamientos o examines propuestos por el Dr. _____
o de su personal en la referencia anterior del menor.

Entiendo que hay metodos alternativos de tratamiento y el riesgo involucrado, y la posibilidad de que las complicaciones pueden ocurrir con cualquier tratamiento propuesto.

Entiendo que el curso de tratamiento propuesto para el menor de edad puede requerir consultaciones adicionales y terapia mas alla de la visita inicial.

Doy mi consentimiento para los procedimientos adicionales de diagnostico y el tratamiento posterior en caso necesario en relacion con esta lesion.

No voy a exigir a los proveedores de atencion de salud o personal auxiliar a obtener consentimiento adicional en nombre del menor para cualquier procedimiento diagnostico o tratamiento propuesto, excepto para los procedimientos invasivos que requieren mi consentimiento por separado.

Reconozco al firmar este documento estoy indicando a los proveedores de cuidado de salud y su personal que es posible que no este disponible para dar mi permiso, ya sea en persona o por telefono antes del que menor busque tratamiento en estas instalaciones. Por lo tanto, reconozco que el medico y lo proveedores de salud pueden no haber tenido una oportunidad adecuada para explicar a mi en su totalidad cualquier tratamiento propuesto que se pudiera dar al menor en la momento de su visita. Reconozco que este consentimiento es un intento por parte del proveedor de cuidado de salud para satisfacer mi necesidad de tener el menor tratado sin mi presencia y lo la participacion en las decisions relativas a la salud del menor.

Informacion de la historial medica de los pacientes recibida por los medicos incidente a la relacion medico- paciente es confidencial y salvo para uso incidente a la investigacion medica, educacion medica o paciente, su uso en las actividades de examen profesional de los costos, la frecuencia, y la calidad del servicio ofrecido, a los pacientes, o necesario, en relacion con la administracion del Acuerdo, no se da a conocer sin el consentimiento de los padres del paciente.

Yo doy mi consentimiento para todos los procedimientos diagnosticos no invasivos y/o el tratamiento que se produzcan durante el tiempo que el menor esta recibiendo atencion en estas instalaciones.

Firma del padre o guardian

Fecha