CHEMED

Consentimiento para el Tratamiento de Menores y Autorización Opcional de Apoderado

Resumen (Lea antes de firmar):

• Al firmar, usted otorga permiso a CHEMED para brindar atención médica rutinaria y necesaria a su(s) hijo(s) en su ausencia.
• Puede designar a un apoderado que lleve a su hijo a las visitas y otorgue consentimiento cuando usted no esté disponible.
• Puede establecer límites sobre los tipos de servicios que cubre este consentimiento.
• Este consentimiento permanece vigente hasta que se revoque por escrito o hasta la fecha de vencimiento que usted especifique.
• Según la ley de Nueva Jersey, los menores pueden dar su propio consentimiento para ciertos servicios (por ejemplo, atención durante el embarazo, pruebas de ETS/VIH, tratamiento por uso de sustancias y algunos servicios de salud mental a partir de los 16 años).

1. Autorización para el Tratamiento

Soy el padre/madre o tutor legal de los siguientes menores y tengo el derecho legal de consentir su tratamiento médico. Entiendo que puede haber ocasiones en las que no pueda estar presente en la cita médica de mi(s) hijo(s) y que CHEMED y su personal brindarán atención en mi ausencia.

Autorizo a CHEMED y su personal a proporcionar atención médica rutinaria, preventiva, urgente y necesaria a mi(s) hijo(s) en mi ausencia.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

2. Autorización de Apoderado (Opcional)

Autorizo a las siguientes personas a consentir el tratamiento médico de mi(s) hijo(s) cuando yo no esté disponible:

Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Si la atención médica necesaria no es rutinaria ni de emergencia, CHEMED hará esfuerzos razonables para contactarme. Si no se me puede localizar, autorizo al apoderado mencionado (si aplica) a consentir dicha atención en mi nombre. En caso de emergencia, CHEMED puede proceder con el tratamiento según lo permita la ley.

3. Limitaciones en los Servicios Médicos

Especifique cualquier limitación sobre los servicios médicos para los cuales aplica esta autorización. Si no hay ninguna, escriba "ninguna".

_____

4. Información de Contacto

Nombre del padre/madre/tutor: _____
Teléfono de dia: _____
Teléfono nocturno: _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____
Teléfono de dia: _____
Teléfono nocturno: _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____

5. Duración y Revocación

Esta autorización permanece válida hasta:

- Una fecha específica de vencimiento: _____
- Revocación por escrito por mi parte

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a CHEMED por escrito. La revocación no afectará la atención ya proporcionada en base a esta autorización.

6. Reconocimiento

Entiendo que la información médica protegida puede compartirse con el apoderado que he designado para facilitar la toma de decisiones informadas.

CHEMED

7. Firmas

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____
Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Si el consentimiento se proporciona por teléfono (cuando no se puede obtener firma):

Fecha de la llamada telefónica: _____
Hora de la llamada telefónica: _____
Nombre de la persona responsable con quien se habló: _____
Relación con el paciente: _____
Nombre del testigo de la llamada telefónica #1: _____
Nombre del testigo de la llamada telefónica #2: _____
Firma del testigo #1: _____
Firma del testigo #2: _____