

**Autorización para tratamiento del menor**

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico  Salud Mental /Abuso de sustancias  Cuidado de los ojos  Dental

Yo por la presente juro solemnemente que tengo custodia legal del antedicho menor de edad.

Yo concedo la autorización y consentimiento para las siguientes persona (s) alistadas abajo de autorizar al personal de Salina Family Healthcare Center de proporcionar asistencia médica, dental, cuidado de los ojos, salud mental o el tratamiento para el abuso de sustancias al mencionado menor de edad.

Los Servicios pueden incluir, pero no se limitan a examen; prevención y/o tratamiento, rayos x, servicios del laboratorio, diagnóstico médico y quirúrgico; diagnóstico preventivo, restaurativa, o la cirugía oral (incluyendo las extracciones); las vacunas, inyecciones terapéuticas; inyecciones de alergia; anestesia local; evaluación de salud mental y abuso de sustancias, diagnóstico, plan de tratamiento, las sesiones; y cualquier consulta necesaria según el criterio del médico.

Se entiende que esta autorización se da en adelantado de cualquier diagnóstico específico, el tratamiento o el cuidado que se requiere y es dado para proporcionar el consentimiento para el tratamiento en mi ausencia o incapacidad.

Nombre de lista(s) de las personas 18+ que concede la autorización al consentimiento para tratamiento médico y salud mental /abuso de sustancias del menor de edad

1.) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 2.) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 3.) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

***El adulto que acompaña al menor debe tener un actual y confiable método de contacto con el padre/Guardián legal si es necesario.***

Mi hijo/a adolescente tiene \_\_\_\_\_ años y doy mi consentimiento para que mi hijo/a asista solamente medico a las citas sin la presencia de un adulto.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito, por el padre(s) o Guardián (s), o hasta que el menor esté en condiciones de expresar su consentimiento para su propio tratamiento.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Padre /Guardián legal Fecha de hoy

**Certificate of Acknowledgement of Notary Public:**

( Notary Seal)

STATE OF \_\_\_\_\_

COUNTY OF \_\_\_\_\_

SUBSCRIBED AND SWORN TO before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Notary Public Signature

\_\_\_\_\_  
 Commission Expiration Date

For official use only. Scanned:  Medical  Eye Care  Dental