



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

# SERVICIOS MÉDICOS

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENOR

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

Nombres de todos los padres y tutores con autoridad para dar consentimiento para el tratamiento médico de un paciente menor: \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre o tutor que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Si comparte la custodia del menor con el otro padre, ¿tiene usted la custodia LEGAL del menor? (S/N) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Completando y firmando este formulario, por este medio doy mi consentimiento para el tratamiento médico o dental del menor mencionado arriba y declaro que tengo la autoridad legal para hacerlo como padre/madre o tutor del menor, en el entendido de que KANA podría pedirme que presente una constancia por escrito de dicha autoridad. Además, doy mi consentimiento para el tratamiento de KANA del menor mencionado arriba en las siguientes circunstancias:

- Atención de emergencia:** Autorizo a KANA y a su personal de atención médica para dar atención médica de emergencia al menor nombrado arriba, según lo determine su criterio profesional como necesario para preservar la vida, la seguridad y el bienestar del menor, cuando no sea factible ni práctico comunicarse conmigo (o con el otro padre o tutor) antes de dar dicha atención. Entiendo que, no obstante, KANA intentará comunicarse conmigo (o con el otro padre o tutor) lo antes posible, sin causar demoras en el tratamiento o atención de emergencia del menor.
- Atención que no es de emergencia:** Autorizo a KANA y a su personal de atención médica, incluyendo al dental, a dar atención médica de rutina para lesiones o enfermedades menores al menor nombrado arriba, según lo determine su criterio profesional como aconsejable para el tratamiento, atención y bienestar del menor, en circunstancias en que el menor no esté acompañado por mí (o por el otro padre o tutor) y KANA no pueda comunicarse conmigo (o con el otro padre/madre o tutor).
- Atención que no es de emergencia si está acompañado por un adulto:** Autorizo a KANA y a su personal de atención médica, incluyendo al dental, a dar atención médica de rutina al menor nombrado arriba, según lo determine su criterio profesional como aconsejable para el tratamiento, atención y bienestar del menor, cuando el menor no esté acompañado por mí (o por el otro padre o tutor), pero esté acompañado por una de las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Este formulario de consentimiento vencerá en un plazo de un (1) año a partir de la fecha de firma abajo, a menos que indique que debe vencer en la siguiente fecha o evento: \_\_\_\_\_

Entiendo que según la ley de Alaska, A.S. 25.20.025, los pacientes menores tienen derecho a dar su consentimiento para su propia atención médica en las siguientes circunstancias:

- El menor vive separado de su padre/madre o tutor y administra sus propios asuntos económicos, independientemente de la fuente o cantidad de sus ingresos;
- No se puede tener comunicación con el padre/madre o tutor del menor o, si se puede tener comunicación, no están dispuestos a conceder o negar el consentimiento;
- La menor busca diagnóstico, prevención o tratamiento de un embarazo;
- El menor busca un diagnóstico o tratamiento para una infección/enfermedad de transmisión sexual; o
- El menor es padre de un menor y podría dar su consentimiento para los servicios médicos y dentales para el hijo del menor.

Además, entiendo que cuando un menor busca atención en su propio nombre, generalmente no tengo derecho a acceder a la información relacionada con dicha atención.

Firmando este formulario de consentimiento, declaro ante KANA que tengo la autoridad legal para tomar decisiones relacionadas con la atención médica del paciente menor.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*El consentimiento verbal exige dos testigos*

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

-----  
**Solo para uso de KANA:**

Registro por: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_