



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MENOR

Nombre del paciente menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombres de todos los padres o tutores: _____

Entiendo que según la Ley de Alaska, AS 25.20.025, se me permite buscar servicios médicos o dentales para mí en ciertas circunstancias que se mencionan abajo, sin informar ni pedir permiso a mi padre/madre o tutores y que debo marcar la casilla que me corresponda.

- Vivo separado de mi padre/madre o tutores y administro mis propios asuntos económicos (independientemente de la fuente o el nivel de mis ingresos).
- No se puede tener comunicación con mi padre/madre o tutores, o si se puede tener comunicación, no están dispuestos a conceder o negar el consentimiento para mi atención médica. Motivo por el que no se puede tener comunicación con ellos:

- Busco atención para diagnóstico, tratamiento o prevención de embarazo.
- Busco diagnóstico, tratamiento o atención para una infección/enfermedad de transmisión sexual (ITS o ETS).
- Soy padre/madre de un menor y busco servicios médicos y dentales para mí o para mi hijo.

También entiendo que mi expediente médico es confidencial y está protegido por ciertas leyes de privacidad, y que mis padres o tutores no tienen derecho a conocer ni acceder al expediente médico de los servicios para los que di mi consentimiento en nombre propio, a menos que KANA determine que una amenaza médica o de seguridad inminente para mí exija la revelación a mis padres o tutores.

Firmando este formulario de consentimiento, reconozco que yo soy económicamente responsable por el pago de los servicios que recibo de KANA, si no están cubiertos por KANA, y no mis padres ni tutores. Entiendo que si ofrezco el seguro de mis padres para pagar los servicios, KANA no puede asegurar que no revelará mi información médica a mis padres. También entiendo que puedo consultar con KANA para preguntar sobre qué recursos están disponibles para mí para pagar mis obligaciones económicas, pero que KANA no puede asegurar que dichos recursos estarán disponibles.

Firma del paciente menor: _____ Fecha: _____

Solo para uso de KANA:

Registro por: _____ MRN: _____ Fecha: _____