



Connecticut 06108

94 Connecticut Boulevard, East Hartford,

Phone: (860) 528-1359 Fax: (860) 528-5180

**Consentimiento Para Tratar A Un Menor**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Numero de Cuenta:** \_\_\_\_\_

Paciente vive con la Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otra Persona \_\_\_\_\_

Madre – Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ Padre – Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

La madre/ el padre o el guardián legal debe acompañar a su niño/a a visitas médicas y a visitas para el cuidado regular. La madre/ el padre o el guardián legal pueden escoger otro adulto (mayor de 18 años de edad) para acompañar su hijo/a a las visitas médicas a menos que el medico requiera que uno de los padres o guardianes legales acompañen al niño/a.

Favor de proveer con el nombre y la relación del adulto que usted quiere que acompañen a su niño/a. El adulto que usted escoja debe proveer a la clínica con una identificación del gobierno, con retrato reciente antes de la primera visita a la clínica.

Nombre	Apellido	Relación al Paciente

Notar: Autorizo otro adulto acompañar a mi hijo/a. La persona autorizada puede hacer decisiones de salud para el niño/a. La madre/ o el padre son responsable por la decisiones de la salud del niño/a.

Yo, firmo y otorgo permiso a First Choice Health Centers, Inc. para tratar \_\_\_\_\_ (Nombre y Fecha de Nacimiento) para propósitos de cuidado primario en este día.

Yo autorizo al proveedor de utilizar y compartir información médica, de ser aplicable, con /dental, drogas y/o abuso del alcohol, dicha información relacionada con VIH es confidencial y protegida. La información revelada será usada con objetivos para operaciones de pago y asistencia financiera relacionados con el tratamiento médico recibido. Mi consentimiento constituye en compartir tal información para usos de reclamaciones con mí niño/a seguros médico. Autorizo el pago directo a mi niño/a proveedor de la compañía de mi seguro médico. Si en cualquier momento decido que quiero archivar mis propias reclamaciones, entiendo que el pago en su totalidad será requerido en el momento del servicio. También entiendo que soy responsable económicamente de todos los gastos por los servicios recibidos. El aviso de privacidad de prácticas, explica además cómo un proveedor puede utilizar y mi niño/a información de salud protegida. He recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad hoy o en la fecha anterior.

Yo, firmo, afirmo que soy el guardián legal del menor mencionado. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con el párrafo anterior y certifico que toda la información proporcionada por mí es verdadera y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CUALQUIER INFORMACIÓN PUBLICADA POR EL PROVEEDOR A LAS PERSONAS AUTORIZADAS ES SUJETO A LOS SIGUIENTES AVISOS:**

**Información de Abuso de Drogas y Alcohol:**

En caso de que la información sea emitida sea utilizada será para registros de abuso de alcohol y drogas y será protegida por la confidencialidad de reglamentos para pacientes:

Está información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por normas de confidencialidad federal (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben efectuar más divulgación de esta información a menos que esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o de otro modo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO ES suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier paciente de abuso al alcohol o drogas.

**Información Relacionada del VIH:**

En caso de que la información emitida contenga información confidencial relacionada con el VIH, es protegida por las leyes de Connecticut:



**Connecticut 06108**

**94 Connecticut Boulevard, East Hartford,**

**Phone: (860) 528-1359 Fax: (860) 528-5180**

Esta información ha sido revelada a usted de archivos cuya confidencialidad está protegida por la ley. La ley estatal le prohíbe que cualquier divulgación anterior de la misma sea revelada sin la autorización por escrito de la persona a quien la pertenece, o según permitido por la ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO ES suficiente para este propósito.