



Nombre del Paciente:
 Número de Registro Médico:
 Fecha de Nacimiento:

**EL PACIENTE SE PRESENTA A LA CITA SIN UN REPRESENTANTE LEGAL
 AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO**

La atención médica de calidad requiere una estrategia en equipo entre el padre/representante legal y el proveedor de atención médica de su hijo. *Nemours recomienda al padre/representante legal que esté presente con su hijo en todas las visitas. La presencia del padre/representante legal garantiza una buena comunicación bilateral para que se aseguren de que las necesidades de atención médica de su hijo se comprendan y se atiendan. No obstante, Nemours entiende que ocasionalmente los niños menores viven con y/o están bien cuidados por miembros de sus familias extensas u otras personas. Como resultado, en ocasiones un menor de edad que requiere tratamiento no será acompañado por el padre/representante legal y es posible que los esfuerzos de Nemours para comunicarse con el padre representante/representante legal del menor en el momento de la visita sean no deseados por parte del padre/representante legal.

Soy el padre/representante legal y tengo la autoridad legal para autorizar el examen y el tratamiento de: _____ por parte de los proveedores de atención médica y asociados de Nemours.

Entiendo que el examen y el tratamiento pueden incluir el uso de rayos X, pruebas de laboratorio (incluso las pruebas de VIH de rutina, cuando corresponda), medicamentos y otros procedimientos y pruebas de diagnóstico normalmente proporcionados en el entorno de la atención médica pediátrica, pero no incluye el consentimiento para la cirugía, la anestesia general, el suministro de medicamentos psicotrópicos y otros procedimientos extraordinarios para los cuales se requiere de un consentimiento informado por escrito aparte, conforme a lo dispuesto por la ley.

Entiendo que la información, como los registros (fotografías, video, medios electrónicos o de audio) pueden recopilarse, usarse y compartirse con otros solamente si es necesario para:

- Coordinar el tratamiento con proveedores de atención médica.
- Garantizar que los proveedores con quienes lo derivamos tienen toda la información de salud necesaria.
- Elegibilidad, facturación, gestión de reclamos, necesidad médica y revisión de la utilización.
- Informes requeridos de enfermedades o lesiones como enfermedades infecciosas.
- Informes requeridos para registros como cáncer y vacunas.
- Inclusión en los Intercambios de Información de Salud.

Autorizo el examen y tratamiento de mí/mi hijo/mi protegido indicado anteriormente por Nemours. Acepto que Nemours no será responsable de la atención médica, los servicios y el tratamiento proporcionados por los médicos y los proveedores de atención médica aliados no empleados por Nemours. Entiendo que esta autorización se aplica y se extiende a las visitas y citas posteriores en Nemours, aunque mi hijo no va acompañado de mí, y es válido por un año.

Entiendo que es mi obligación saber cuándo mi hijo es examinado y tratado en Nemours, saber quién acompañó a mi hijo a la visita, si lo hubiere, y tomar medidas de inmediato después de la visita para asegurarme de que entiendo las recomendaciones y planes instituidos por Nemours para hacer frente a las necesidades de salud de mi hijo. Entiendo que las recomendaciones y planes instituidos por Nemours para atender las necesidades de salud de mi hijo se compartirán con la persona que acompañó a mi hijo a la visita, y que puedo obtener las recomendaciones y los planes de esa persona o mediante la comunicación con el proveedor de Nemours que examinó y trató a mi hijo.

Nombre en letra de imprenta (Paciente/Representante Legal)	Firma (Paciente o Representante Legal)
Fecha	Relación con el Paciente:
Hora (am/pm)	

FIRMA DEL INTÉRPRETE: (completar solo cuando corresponda)

Certifico que domino el idioma inglés y el idioma nativo de la persona que indica su consentimiento en el formulario anterior. Certifico que he interpretado de manera precisa y completa los contenidos de este formulario y que el paciente y/o el adulto legalmente responsable del menor ha indicado su comprensión por los contenidos de este formulario.

Firma del Intérprete	Nombre del Intérprete (en letra de imprenta)	Fecha	Hora	AM PM
----------------------	--	-------	------	----------

*Nemours incluye: The Nemours Foundation, una corporación de Florida sin fines de lucro, sus divisiones y sitios operativos y sus afiliados y subsidiarias, el Hospital Alfred I. duPont for Children Surgery Center, Bryan Mawr, y todas las entidades que operen bajo el nombre Nemours duPont Pediatrics.