



Consent for Care of Minor by Proxy

Child Guidance Center of Southern CT (CGC) has formed an alliance with Community Health Center, Inc. (CHC).

Your CGC providers will continue to provide your care at the same location(s).

CHC will provide billing and administrative services. Please let the front desk or your provider know of any questions.

Consentimiento por poder para atención médica de menor de edad

De acuerdo con la Ley, con limitadas excepciones, ningún menor de 18 años puede ser atendido por un médico matriculado sin el consentimiento de un padre o tutor legal. Si un menor se presenta con alguien que no es su padre o tutor legal, y no corresponde aplicar ningún tipo de excepción, debemos tener un permiso por escrito del padre o tutor legal del menor que indique que el adulto que acompaña al menor, indicado a continuación, ha sido nombrado por el padre o tutor para que actúe en su nombre. En previsión de las ocasiones en las que no pueda estar con su hijo menor de edad, le solicitamos que suministre una lista de las personas a las que autoriza a darnos el consentimiento para atender a su hijo. Este formulario no reemplaza los formularios de inscripción escolar sobre el consentimiento para tratamientos.

Yo doy permiso como padre o guardián legal de _____, para que los adultos enumerados a continuación acompañen a mi hijo menor de edad para que en Community Health Center, Inc. se le practiquen los exámenes de rutina (marque todos los que corresponda):

médicos odontológicos de servicios de salud conductual

La atención de rutina incluye, entre otras, evaluaciones médicas, exámenes físicos, vacunas de rutina, inyecciones, radiografías, visitas odontológicas reconstructivas, visitas odontológicas preventivas, visitas de terapia de salud conductual y análisis de laboratorio.

Adulto que acompaña al menor de edad:	Vínculo con el paciente:	N.º de teléfono:	Fecha de vencimiento:
Adulto que acompaña al menor de edad:	Vínculo con el paciente:	N.º de teléfono:	Fecha de vencimiento:
Adulto que acompaña al menor de edad:	Vínculo con el paciente:	N.º de teléfono:	Fecha de vencimiento:

**Nota: el adulto que acompaña al menor deberá presentar una identificación al llegar con el paciente

LIMITACIONES:

Identifique cualquier limitación respecto de los tipos de servicios médicos para los cuales se otorga este consentimiento por poder. Si no los hay, indique "ninguno".

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Si la naturaleza de la atención médica no es de rutina (según se definió anteriormente), trate de comunicarse conmigo (con nosotros) con respecto a la atención médica de mi (nuestro) hijo/persona a cargo, llamando al(los) siguiente(s) número(s) de teléfono. Si por cualquier razón no puede comunicarse conmigo (con nosotros) podrá confiar en el titular del poder para tomar la decisión sobre el consentimiento:

Nombre del padre/tutor:	Teléfono de contacto durante el día:	Teléfono de contacto durante la noche:	Teléfono celular:
Nombre del padre/tutor:	Teléfono de contacto durante el día:	Teléfono de contacto durante la noche:	Teléfono celular:

AUTORIZACIÓN:

Yo, (padre/guardian legal) _____ autorizo a Community Health Center Inc. (CHC) y a su personal a prestar atención de rutina a mi hijo/persona a mi cargo enumerada a continuación, y solicito que así lo hagan, según se considere necesario en el diagnóstico y tratamiento del menor de edad. Tengo el derecho legal para autorizar a CHC y a su personal para prestar tratamiento y servicios médicos de rutina a mi hijo.

Padre/tutor legal (firma): _____ Vínculo: _____ Fecha: _____

***Bajo ninguna circunstancia atenderemos a un menor de edad para una visita inicial, si no es acompañado por su padre o guardián legal, excepto como permitido bajo la ley.