Keystone Health

Si la etiqueta no está disponible, rellene a continuación:
NOMBRE:_____
Fecha de nacimiento:____
MRN:____

Delegacióndel consentimiento para el tratamiento de un menor no emancipado/adulto incapacitado

Yo, _____
(Primero) (Medio) (Último)
Soy yo

- ☐ Padre del niño que se enumera a continuación. Ninguna orden judicial en vigor me prohibiría dar este consentimiento. El niño, si tenía 14 años o más, no dio su consentimiento directo para el tratamiento.
- ☐ Tutor legal o custodio legal del niño por orden judicial (copia adjunta, si está disponible). Ninguna orden judicial en vigor me prohibiría dar este consentimiento. El niño, si tenía 14 años o más, no dio su consentimiento directo para el tratamiento.
- ☐ Se me proporcionó y firmó una Declaración de Representante de Atención Médica.

Le doy a la(s) persona(s) siguiente(s) el poder de dar su consentimiento para la salud médica, dental o mental necesaria.

tratamiento de (nombre del paciente): _____
(Primero) (Medio) (Último)
date de birth _____ cuando no estoy razonablemente disponible para dar mi consentimiento.

#1	#2
Nombre del adulto: _____	Nombre del adulto: _____
Firma: _____	Firma: _____
Relación: _____	Relación: _____
La persona mencionada anteriormente puede dar su consentimiento para el examen y / o tratamiento del paciente, especificado a continuación, cuando no esté razonablemente disponible para hacerlo:	La persona mencionada anteriormente puede dar su consentimiento para el examen y / o tratamiento del paciente, especificado a continuación, cuando no esté razonablemente disponible para hacerlo:
☐ Vacunas ☐ Médicas ☐ Dentales ☐ Quirúrgicas	☐ Vacunas ☐ Médicas ☐ Dentales ☐ Quirúrgicas
☐ Salud mental y/o del desarrollo	☐ Salud mental y/o del desarrollo
Estoy de acuerdo en que el adulto mencionado anteriormente:	Estoy de acuerdo en que el adulto mencionado anteriormente:
☐ Puede entrar en la habitación con el paciente.	☐ Puede entrar en la habitación con el paciente.
☐ Puede no entrar en la habitación con el paciente.	☐ Puede no entrar en la habitación con el paciente.

Estaforma i s i n efecto hasta el más temprano de (1)el mi nialcanza 18 años de edad o se emancipa; (2) se retira el consentimiento para el tratamiento; o (3) esta Delegación de consentimiento para el tratamiento es revocada por mí por escrito.

_____ _____ _____
Firma del padre/tutor Nombre impreso Fecha

**********Office Use Only**********

Received by:_____ Date:_____ Site:_____

Completed by:_____ Date:_____