

Instrucciones para dar consentimiento para tratamiento médico otorgado por una persona que no es el padre/madre

Al final de la línea N.o 1, **coloque en letra de molde** el nombre completo del menor. Solo puede colocar el nombre de un menor en el formulario. Utilice un formulario diferente para cada menor.

En el área N.o 2, marque el espacio que describa cuál es su parentesco con el menor. Use un \surd para marcar o una "X". Si hay una autorización por escrito disponible, adjunte una copia al formulario.

Para las líneas N.o 3 y N.o 4, **escriba en letra de molde** el nombre completo del padre del menor y el nombre completo de la madre del menor.

En la línea N.o 5, si un *tribunal* ha nombrado a alguna persona para que actúe como curador del menor o tutor, **escriba en letra de molde** el nombre completo de la persona. Si no se ha nombrado a nadie como curador o tutor, **escriba en letra de molde** "ninguno" sobre la línea.

En el área N.o 6, **escriba en letra de molde** la información detallada sobre el tratamiento al que otorgó el consentimiento para que recibiera el menor. Si necesita más espacio, puede adjuntar una hoja adicional.

En la línea N.o 7, **escriba en letra de molde** la fecha en la que va a empezar el tratamiento para el cual otorga el consentimiento.

En la línea N.o 8, **escriba en letra de molde** su nombre completo. En la línea N.o 9, *firme con* su nombre. En la línea N.o 10, **escriba en letra de molde** la fecha en la que firmó el formulario.

El proveedor de atención médica, que realizará el tratamiento para el cual usted otorgó el consentimiento por medio de este formulario, querrá tener el original o la copia del formulario. Asegúrese de conservar una copia del formulario en un lugar seguro.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO OTORGADO POR UNA
PERSONA QUE NO ES EL PADRE/MADRE**

1. Consentimiento para tratar a un menor cuyo nombre es:

(Escriba en letra de molde el nombre del menor sobre la línea)

2. (Marque solo un espacio) Yo soy :

_____ el abuelo del menor

_____ el hermano adulto o la hermana adulta del menor

_____ el tío adulto o la tía adulta del menor

_____ un adulto a cargo del cuidado, control y posesión del menor y yo tengo una autorización por escrito con el consentimiento para el tratamiento, de parte de otra persona que tiene el derecho a otorgar dicho consentimiento

3. El nombre del padre del menor es: _____
(Escriba el nombre del padre del menor sobre la línea)

4. El nombre de la madre del menor es: _____
(Escriba el nombre de la madre del menor sobre la línea)

5. Si el menor tiene un curador o un tutor legal, el nombre del curador o del tutor legal es:

(Escriba en letra de molde el nombre del curador o tutor sobre la línea)
(Deje en blanco la línea si el menor no tiene un curador o un tutor)

6. La naturaleza del tratamiento que se dará es (describa el tratamiento médico, dental, psicológico o quirúrgico para el cual otorgó consentimiento para que recibiera el menor):

7. La fecha en que empezará el tratamiento es:

(Escriba en letra de molde sobre la línea, el mes, el día y el año en el que empezará el tratamiento)

8. Mi nombre en letra de molde es:

9. Mi firma es:

10. La fecha de hoy es:
