

## Consentimiento para el tratamiento de un menor acompañado por un adulto que no es su padre, madre o tutor legal

Es política de Avance Care exigir este formulario de consentimiento completo y firmado por un padre, madre o tutor legal, junto con una copia de la licencia de conducir de dicha persona, para permitir el tratamiento de un menor no emancipado acompañado por un adulto que no sea su padre, madre o tutor legal. Avance Care debe recibir este formulario completo y firmado, junto con una copia de la licencia de conducir correspondiente, antes o al momento de la prestación de los servicios. Independientemente de quién acompañe al paciente, el pago se espera el día del servicio y puede realizarse por adelantado por teléfono o en efectivo o con tarjeta de crédito al momento del registro. Avance Care aceptará declaraciones notarizadas de los padres o tutores, de conformidad con el Capítulo 32A, artículo 26 de los Estatutos Generales de Carolina del Norte, para autorizaciones que abarquen varias fechas de prestación de servicios o un período determinado (lo cual requiere certificación notarial).

Yo, \_\_\_\_\_ **[Nombre del padre/madre/tutor]** soy \_\_\_\_\_ **[Indicar relación]** de \_\_\_\_\_ **[Nombre del paciente]**, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_. Autorizo a \_\_\_\_\_ **[Nombre completo del adulto acompañante]**, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, a acompañar al menor a su visita al consultorio y autorizo a Avance Care a brindarle atención médica conforme a las decisiones de dicha persona, incluidas, entre otras: exámenes diagnósticos (como pruebas de laboratorio o estudios de diagnóstico por imágenes), tratamientos, procedimientos, vacunas y la prescripción de medicamentos que el proveedor considere médicamente apropiados.

Este consentimiento es válido para la fecha de prestación del servicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Si el menor debe recibir una vacuna en esta visita, antes de administrarla se solicitará a la persona autorizada que se menciona arriba que firme una declaración que confirme que usted la autorizó a obtener dicha vacuna para el menor.

Si el menor necesita otros procedimientos diagnósticos invasivos o intervenciones quirúrgicas, intentarán comunicarse conmigo o con otro padre, madre o tutor del menor a los números que se indican a continuación, antes de iniciar dicha atención.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tengo derecho a revocarla por escrito en cualquier momento, pero que dicha revocación no afectará ninguna acción que Avance Care haya realizado conforme a este consentimiento antes de recibir dicha revocación por escrito.

Si firmo este formulario, reconozco que leí y acepto este consentimiento, que tengo la capacidad y el entendimiento para comunicar decisiones sobre la atención médica y que comprendo en su totalidad el alcance de esta autorización dada a la persona designada en el presente documento, y que Avance Care respondió cualquier pregunta que haya tenido antes de firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección