

Para padres y tutores de hijos menores:

Tanto los proveedores como los empleados de Anne Arundel Dermatology, P.C. ("AAD") ponen gran énfasis en la salud y bienestar de todos y cada uno de los pacientes que acuden a nuestros consultorios. Le reconocemos y valoramos la confianza que usted ha depositado en nosotros para prestarle servicios de dermatología a su hijo menor y esperamos colaborar con usted para asegurarnos de que su hijo reciba la mejor atención clínica posible.

Por lo general, requerimos el consentimiento de un **padre o tutor legal** para prestar los servicios de atención clínica a un niño menor (una persona que no haya cumplido 18 años de edad). Con tantos padres que trabajan fuera de su hogar o que tienen otros tantos compromisos, nos consta que quizás no puedan acompañar a sus hijos en cada visita al consultorio. Si su hijo menor se presentara en el consultorio sin compañía de un mayor, no podremos ver ni atender al menor que venga solo. Si el menor se presente en compañía de un adulto que no fuere cualquiera de sus padres ni su tutor legal, tal adulto acompañante deberá contar con la documentación en virtud de la cual cualquiera de los padres o el tutor legal del menor hubieren prestado su consentimiento respecto del tratamiento por recibir. Si no contara con el consentimiento respecto del tratamiento, su turno será reprogramado.

En un esfuerzo por proveer la atención necesaria y evitar así tener que reprogramar el turno de su hijo, hemos confeccionado un formulario de **Consentimiento para tratar a un menor** que, una vez completado por alguno de los padres o el tutor legal del menor, se adjuntará a la historia clínica de su hijo para ser utilizado siempre que fuere necesario. Este formulario nos permitirá proveerle un tratamiento médico de rutina o emergencia a su hijo menor siempre que lo considere necesario el personal médico calificado. A los adultos que no fueren los padres o tutores legales del menor y lo acompañen a un turno y cuenten con la autorización otorgada mediante el formulario Consentimiento para tratar a un menor que conste en el respectivo legajo, se les pedirá que presenten un documento de identidad con fotografía al momento de registrar el ingreso del paciente al consultorio para su turno. Este formulario de consentimiento seguirá vigente hasta tanto fuese revocado por escrito. Usted podrá solicitarle este formulario a cualquier integrante de nuestro personal de consultorio.

Por ley, los menores tienen el derecho de prestar su consentimiento respecto de la atención clínica en virtud de circunstancias específicas. A los efectos de la atención dermatológica, un menor puede consentir su atención clínica en caso de estar casado o si puede sustentarse económicamente por sus propios medios sin importar la magnitud de sus ingresos. El menor que también fuere padre podrá prestar su consentimiento respecto del tratamiento dispensado a su hijo menor, aun cuando tal padre tampoco haya cumplido los 18 años de edad.

Es filosofía institucional de este consultorio médico alentar a los pacientes menores para que incluyan a un progenitor, tutor u otro adulto de confianza en todos los aspectos atinentes a su atención clínica, incluso en aquellas áreas que se especifican más arriba. Por motivos legales y de otra índole, la intervención de un padre o tutor no siempre es posible. Quédese tranquilo que nosotros proseguiríamos con la prestación de servicios de atención clínica que redunden en beneficio del interés superior de su hijo menor.

Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a cualquier aspecto de esta información, sírvase comunicarse con el médico tratante de su hijo.

Consentimiento para tratar a un menor

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, el abajo firmante, padre/madre o tutor legal del paciente menor de edad antes mencionado, autorizo por el presente a los médicos, auxiliares médicos y enfermeras, en cualquiera de los consultorios de práctica médica profesional de Anne Arundel Dermatology, P.C. ("AAD"), a proveer servicios de atención clínica tal como se describe en el Contrato General de Servicios Ambulatorios, incluida la evaluación, planificación, diagnóstico y tratamiento aprobados por un médico supervisor que tuviera licencia y matrícula profesional para ejercer la medicina en el estado, toda vez que se le esté prestando servicio de atención clínica al menor de edad.

Ante una emergencia, se entiende que la autorización se concede a los médicos, auxiliares médicos y enfermeras de AAD a brindar los cuidados y tratamientos de emergencia o la derivación hospitalaria que se considerasen necesarios conforme al ejercicio de su mejor criterio profesional.

Consentimiento para tratar a un menor acompañado de un adulto que no fuera su progenitor o tutor legal

Yo, el padre o tutor legal del paciente antes mencionado, autorizo por el presente a los médicos de AAD a realizar el tratamiento médico de conformidad con las declaraciones vertidas más arriba siempre que mi hijo menor estuviere acompañado de cualquiera de las siguientes personas adultas mayores de 18 años de edad:

Nombre del adulto: _____ Relación con el menor: _____
(Nombre en letra de imprenta) (Abuelo/a, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Nombre del adulto: _____ Relación con el menor: _____
(Nombre en letra de imprenta) (Abuelo/a, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Esta autorización es válida:

- Para cualquier tratamiento médico.
- Únicamente en el día de la fecha.
- Para este problema específico o durante este plazo específico. Sírvase especificar:

Este consentimiento será válido hasta tanto yo lo revoque por escrito a partir de la fecha de su firma salvo especificación en contrario por escrito.

Padre o tutor legal: (Nombre en letra de imprenta) _____ Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del padre o tutor legal: _____

Testigo (Nombre en letra de imprenta) _____ Firma: _____