



Consentimiento para Tratar (Menores)

Yo, _____, el padre /el tutor legal del niño (niños) nombrado(s) abajo:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo

por este intermedio autorizo y doy consentimiento para el examen y/o tratamiento de cualquiera de mis hijos durante las visitas al consultorio y al centro médico por los médicos y por el personal de la clínica Sterling Health Solutions, Inc. (SHS). Además, doy mi permiso para que la(s) siguiente(s) persona(s) traiga(n) a mi hijo al centro SHS durante mi ausencia y de actuar en mi nombre para autorizar cuidado y tratamiento médico:

Nombre	Relación	Número de Teléfono

En caso de emergencia u otra enfermedad, entiendo que los médicos y el personal de SHS le proporcionarán cualquier cuidado médico considerado necesario sin importar si lo acompaña un adulto. A menos que se nos notifique por escrito, SHS asumirá que los padres biológicos y/o legales de un niño son ambos tutores legales que tienen acceso a las opciones de tratamiento y a la información médica para ese niño.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo revoque el consentimiento por escrito a SHS.

Archivos Médicos/Privacidad

En SHS, estamos comprometidos a proteger la seguridad y privacidad de la información personal de su niño. Los archivos médicos son propiedad de SHS y están guardados en un lugar seguro y se acceden solamente para propósitos descritos por el Aviso de Prácticas de Privacidad. Los archivos pueden ser divulgados o compartidos con otros proveedores de cuidado médico para el tratamiento de su(s) hijo(s). Los pacientes tienen derecho a una copia gratuita de sus archivos médicos, sólo después de que se firme una autorización para divulgarlos.

- Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de SHS.
- Entiendo que SHS puede llamar a mi casa y a mi lugar de trabajo por razones de cuidado médico, recordatorios de citas y para resolver problemas de cuentas.
- Entiendo que SHS puede utilizar postales para notificarme de citas o de cualquier otra información pertinente.
- Entiendo que SHS puede enviar por fax los certificados de vacunación, excusas para la escuela, formularios para físicos/deportes y/o medicamento para instrucción a mi fax personal o del trabajo si el número ha sido proporcionado o puede mandarlos por correo a mi casa. SHS no puede mandar por fax o enviar estos documentos a escuelas de tercera parte, a guarderías, etc. sin formulario(s) de autorización separado(s).
- Tengo entendido que SHS puede dejar mensajes en mi contestador automático y/o correo de voz con respecto a citas y limitada información sobre los laboratorios.
- Entiendo que SHS puede hablar de la información del paciente con adultos o menores (incluyendo intérpretes) presentes durante la visita.
- **Entiendo y estoy de acuerdo con todo lo anterior a menos que tache para eliminar cualquiera de las declaraciones.**

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo revoque el consentimiento por escrito a SHS.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha