



CUIDADO DE UN MENOR O DE UN ADULTO CON UN TUTOR

Atención padres y tutores: Por favor, lea y complete esta página cuidadosamente.

Información del Paciente	Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____		
Información del Padre/Tutor	Nombre (Primer, Segundo, Apellido) _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Número de Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Dirección de Correo electrónico: _____		
LEER	Registro y tratamiento de un menor o adulto con un tutor: 1. Entiendo que Open Door Health Center requiere que complete los formularios de registro antes de proporcionar atención al paciente mencionado anteriormente. 2. Entiendo que el Open Door Health Center requiere que los padres estén presentes con el paciente arriba mencionado para su primera cita. 3. Entiendo que se proporciona un tratamiento óptimo al paciente cuando lo acompaño. Mi presencia también facilita el consentimiento legal para la atención médica. 4. En el caso de que no pueda estar en una cita futura con el paciente mencionado anteriormente, puedo autorizar a un Responsable Designado para que esté presente y brinde su consentimiento para la atención médica. Debo indicar en el área de Contacto de Emergencia de este formulario si las personas que figuran en la lista deben ser consideradas Responsables Designados. Estoy consciente de que la información médica protegida puede ser compartida con la persona designada para facilitar la toma de decisiones informada. 5. Un médico puede proporcionar atención a un menor no acompañado si existe un consentimiento válido para el tratamiento en el archivo y si hay una persona designada para tomar decisiones como "YO MISMO" en la lista que aparece a continuación o si se documenta en un plan de atención que un menor de edad puede asistir solo a futuras visitas. Si no existe un plan de cuidado previamente acordado, el padre o tutor puede dar su consentimiento verbalmente (por ejemplo, por teléfono) o por escrito (por ejemplo, por fax).		
Responsable Designado/Contacto de Emergencia <i>Indique si cada individuo es un DDM (Responsable Designado) y/o EC (Contacto de Emergencia)</i>	Nombre: _____ Teléfono: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____	DDM	EC
Menor no Acompañado o Persona con Tutor	Si yo o mi Responsable Designado (como se menciona anteriormente) no podemos estar o permanecer presentes en el momento en que se le proporcione atención al paciente mencionado anteriormente, entiendo que Open Door Health Center no puede proporcionar tratamiento sin el consentimiento documentado obtenido verbalmente. Open Door Health Center puede comunicarse conmigo a los números de teléfono indicados anteriormente para que se pueda brindar atención al paciente indicado anteriormente si yo no estoy presente. _____ Inicial		
Excepciones al Consentimiento de los Padres según lo especificado por la Ley de Minnesota	El Estatuto de Minnesota (§144.341-144.347) permite excepciones para obtener el consentimiento de los padres. Entiendo que, si quiero una copia de estas excepciones, puedo pedirle al personal de Open Door Health Center que me la proporcione.		
Firma	Entiendo que mi firma que reconoce la política de Open Door Health Center con respecto al cuidado del paciente mencionado anteriormente durará un año. Entiendo que puedo, en cualquier momento, retirar mi reconocimiento o consentimiento a través de una notificación por escrito. Si lo hago, no afectará las acciones ya tomadas por Open Door Health Center.		
	Firma del Padre/Tutor		
	Fecha		

Sólo para uso y verificación de la oficina: Copia escaneada de la cédula de identidad con fotografía del Responsable Designado