



CONFIRMACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS PARA UN MENOR DE EDAD

Deberá completarse este formulario para todas las personas que deseen recibir tratamiento y que tengan 17 años o menos.

www.summitstonehealth.org

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, declaro y atestiguo que puedo consentir legalmente al tratamiento médico, de salud mental y/o de abuso de sustancias para el menor de edad indicado más arriba de acuerdo con la siguiente autoridad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soy la persona en cuestión (al menos 15 años para recibir servicios de salud mental o abuso de sustancias) | <input type="checkbox"/> Soy uno de los padres biológicos o adoptivos |
| <input type="checkbox"/> Soy la persona en cuestión (al menos 12 años para servicios de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Pertenezco al Departamento de Servicios Humanos (DHS) |
| | <input type="checkbox"/> Soy el guardián/custodio legal/otro |

Procedimientos de divorcio u otros procedimientos legales

¿Ha habido algún procedimiento o acción legal que ha afectado la autoridad de toma de decisiones con respecto al menor de edad, incluido sin limitarse a: procedimiento de divorcio, procedimiento de separación legal, procedimiento de paternidad, terminación o limitación de los derechos parentales, o una asignación de la custodia/tutoría legal?

- Sí No

Documentación

La persona que firma esta declaración deberá adjuntar documentos que verifiquen su autoridad legal de tomar decisiones médicas con respecto al menor de edad, a menos que la persona que firma sea el menor, o que la persona que firma sea uno de los padres biológicos o adoptivos del menor de edad y no hayan habido procedimientos o acciones legales que hubieran afectado su autoridad de toma de decisiones con respecto al menor de edad.

Firma del padre/madre/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre imprimido del padre/madre/guardián: _____

Relación con el menor de edad: _____

Firma del padre/madre/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre imprimido del padre/madre/guardián: _____

Relación con el menor de edad: _____

Se requiere una firma para que la información incluida en este formulario pueda considerarse válida.

Por favor devuelva el formulario completado a SummitStone Health Partners Attn: Access Center
1250 N. Wilson Ave. Loveland, CO 80537 • Fax (970) 300-3118 • Phone: (970) 494-4200
SUMMITSTONE_ACCESS_CLINICIANS@SummitStonehealth.org