

**BAYLOR COLLEGE OF MEDICINE TEEN HEALTH CLINIC FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE MENOR DE EDAD**



Baylor College of Medicine Teen Health Clinic (“Clínica”) se preocupa de la salud de los adolescentes en el área de Houston y presta servicios integrales de atención médica a adolescentes a bajo costo o sin costo alguno. Los servicios los prestan profesionales de atención médica certificados y autorizados por la junta con experiencia en prestar servicios a adolescentes. Los servicios integrales médicos, de salud mental y sociales que se ofrecen incluyen:

- Exámenes físicos
- Exámenes físicos deportivos/lesiones deportivas
- Problemas médicos agudos y crónicos frecuentes
- Pruebas de laboratorio
- Vacunas
- Remisiones para problemas médicos, incluyendo servicios dentales, mentales, nutricionales y sociales
- Pruebas confidenciales de infecciones de transmisión sexual (STI) y VIH, tratamiento de STI y pruebas de embarazo
- Prevención y educación del embarazo, incluyendo los métodos de control de natalidad de venta libre y recetados
- Problemas menstruales y ginecológicos frecuentes
- Distribución de medicamentos frecuentes de venta libre y recetados
- Salud mental y servicios sociales

*\*Los servicios varían según el centro y algunos servicios no están disponibles en todos los centros.*

La Clínica da atención de acuerdo con las leyes estatales y federales. Hay ocasiones en que la ley permite que un paciente menor de edad dé su consentimiento para su propio tratamiento, como pruebas de embarazo, pruebas y tratamientos confidenciales de STI/VIH. El personal de la Clínica da atención confidencial según lo permitido por la ley y al mismo tiempo, fomenta la participación de los padres en el cuidado y tratamiento de sus pacientes menores. Lea atentamente y complete el formulario de consentimiento de abajo para que el paciente menor reciba servicios médicos.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS DEL MENOR**

**Nombre del menor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>sí</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b>	Doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba tratamiento médico, que incluye los exámenes médicos, pruebas de laboratorio, procedimientos y tratamientos necesarios en la evaluación y administración de la atención médica del menor. Informaré al personal de la clínica sobre todas las alergias conocidas, cualquier reacción causada por medicamentos o drogas en el pasado, cualquier enfermedad crónica y cualesquier medicamentos que el paciente menor de edad esté tomando ahora.
<input type="checkbox"/> <b>sí</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b>	Doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad elija un método de control de natalidad recetado.

CUALQUIER ALERGIA/REACCIÓN \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS ACTUALES \_\_\_\_\_

MÁS INFORMACIÓN MÉDICA \_\_\_\_\_

**Entiendo que si tengo alguna pregunta debo comunicarme con el personal médico de la clínica antes de firmar este formulario de consentimiento. Firmando, acepto que leí y entendí este formulario de consentimiento. Este consentimiento comienza en la fecha de abajo y permanece vigente hasta el cumpleaños número 18 del paciente a menos que se retire por escrito.**

**Nombre escrito en letra de molde de la persona que da su consentimiento**

**Firma de la persona que da su consentimiento**

**Fecha**

**Relación con el paciente (marque uno):**  Padre/madre  Tutor  Tutor administrador  Otro (abajo)

El padre/madre/tutor administrador/tutor del menor mencionado arriba es: \_\_\_\_\_ . No es posible comunicarse con ellos y no han avisado lo contrario; por lo tanto, de acuerdo con el Código de Familia de Texas, Capítulo 32.001, Estoy dando mi consentimiento para el tratamiento médico del menor mencionado arriba porque soy:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abuelo</li> <li><input type="checkbox"/> Hermano/hermana adulto</li> <li><input type="checkbox"/> Tía/tío adulto</li> <li><input type="checkbox"/> Adulto con atención/control/posesión y autorización por escrito para dar el consentimiento de la persona que tiene el derecho al consentimiento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Institución educativa en la que el paciente está inscrito y con autorización por escrito para dar consentimiento de la persona que tiene derecho a dar consentimiento.</li> <li><input type="checkbox"/> Adulto responsable de un menor bajo orden judicial</li> <li><input type="checkbox"/> Representante de paz que tomó legalmente la custodia del menor</li> </ul> |
|--|---|