

**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"/> sí <input type="checkbox"/> no	Doy mi consentimiento para que el paciente menor de edad reciba tratamiento médico, que incluye los exámenes médicos, pruebas de laboratorio, inmunización, 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"/> sí <input type="checkbox"/> no	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"> <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano/hermana adulto <input type="checkbox"/> Tía/tío adulto <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. | <ul style="list-style-type: none"> <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. <input type="checkbox"/> Adulto responsable de un menor bajo orden judicial <input type="checkbox"/> Representante de paz que tomó legalmente la custodia del menor |
|--|---|