



### Consentimiento para Tratamiento

Yo doy mi permiso a los proveedores y personal de River Hills Community Health Center para evaluar y dar tratamiento segun las necesidades de salud del paciente nombrado. Este consentimiento incluye la autorizacion de diagnosticar y llevar a cabo los procedimientos y vacunas segun sean ordenadas por los proveedores de River Hills Community Health Center.

#### Para Tratamiento de Menores

(Favor de llenar esta seccion si esta dando consentimiento para un paciente que sea menor de edad -o- para un paciente con discapacidades mentales)

Padre/Guardian Legal: Favor de estar consciente que la pareja de un paciente de menor edad no se considera ser como un adulto que pueda dar consentimiento para recibir servicios medicos/dentales.

Yo entiendo que debo esforzarme lo mas que pueda para poder acompañar a mi hijo a sus citas. En algun dado caso que no pueda asistir a la cita, yo le doy a los siguientes adultos nombrados permiso a dar consentimiento a los proveedores de River Hills Community Health Center (Favor de elegir una de las siguientes 2 opciones)  
Parentesco con el Paciente

Yo solo permito los siguientes adultos nombrados para poder acompañar a mi hijo(a):

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

Yo solamente permito los adultos nombrados arriba que acompañen a mi hijo(a) a dar consentimiento por los siguientes servicios:

(Favor de tachar cualquiera **que no** aplique)

\*Exámenes

\*Otros procedimientos

\*Análisis de sangre

\*Vacunas

Yo no deseo autorizar otro adulto que traiga mi hijo(a) a River Hills Community Health Center que firme o de consentimiento para recibir tratamiento.

Yo entiendo que mi hijo(a) no recibira servicios medicos si el/ella llega a la clinica con un adulto que no llena los requisitos nombrados arriba.

Yo entiendo que una nota escrita por mi siempre sera aceptada como consentimiento para recibir cualquier servicio medico incluido en la nota.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Padres/Guardian/Custodiante Legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo