

Nombre del paciente Patient name			
MHN MHN	F. nac. DOB	Edad Age	Sexo Gender

## Tratamiento de Menores en Ausencia del Padre/Tutor Legal

### Consentimiento

Página 1 de 2

### **Consent - Treatment of Minors in Parent/Legal Guardian Absence**

Page 1 of 2

Para cumplir con las leyes de Wisconsin, Marshfield Clinic Health System exige que un padre (no padrastro o padre de acogida) o tutor legal (tutor elegido por un tribunal) otorgue consentimiento para la atención de un hijo menor. En el caso de que un padre o tutor legal no pueda otorgar el consentimiento para atención médica, esta persona puede delegar el derecho a otro adulto para que proceda con el consentimiento. En el caso de que un menor se presente a una cita médica/de tratamiento de salud mental/dental que no sea urgente y no esté acompañado por un padre o tutor legal o no tenga un consentimiento firmado, se le puede negar el tratamiento.

*To comply with Wisconsin law, Marshfield Clinic Health System requires that a parent (not step-parent/foster parent) or legal guardian (guardian appointed by a court) consent to the care of minor children. In the event that a parent or legal guardian is unable to consent to the care, the parent or legal guardian may delegate the right to consent to another adult. In the event that a minor child presents for a non-urgent medical/mental health treatment/dental appointment without a parent or legal guardian or a signed consent, treatment may be denied.*

Yo/Nosotros (nombre del padre/tutor legal) \_\_\_\_\_ autorizo a  
I/We (parent's/legal guardian's name) \_\_\_\_\_ authorize

Designado (persona autorizada para dar consentimiento) \_\_\_\_\_  
Appointee (person authorized to consent)

Relación con el paciente (Relationship to patient) \_\_\_\_\_

Número telefónico del interventor (Appointee's phone number) \_\_\_\_\_

Dirección del interventor (Appointee's address) \_\_\_\_\_

a otorgar consentimiento para – marcar (✓) todo lo que aplica:

to consent to – check (✓) all that apply:

Cuidados urgentes o de emergencia (incluyendo tratamientos para salud mental) en Marshfield Clinic Health System y sus afiliados cuando yo no pueda ser localizado  
*Emergent or urgent care (including mental health treatment) at Marshfield Clinic Health System and affiliates when I cannot be reached*

Tratamientos médicos, tratamiento para salud mental o cuidado dental – incluyendo vacunación, análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico, pero no incluyendo cirugías o otros procedimientos que requieran anestesia (con la excepción de anestesia local) – en Marshfield Clinic Health Systems y sus afiliados  
*Medical treatment, mental health treatment or dental care – including immunizations, lab work and other diagnostic tests, but not including any surgery or other procedures which require anesthesia (except for a local anesthetic) – at Marshfield Clinic Health System and affiliates*

Toda atención y todo tratamiento médico, de salud mental, dental y quirúrgico necesario en Marshfield Clinic Health System.  
*Any and all necessary medical/mental health treatment/dental and surgical care and treatment at Marshfield Clinic Health System.*

para mi hijo (nombre del paciente) \_\_\_\_\_  
for my child (patient's name)

## Tratamiento de Menores en Ausencia del Padre/Tutor Legal

### Consentimiento (Continuación)

Página 2 de 2

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

durante el período (no exceder de máximo 1 año):  
*during the period (not to exceed maximum of 1 year):*

- Fecha (mes/día/año) (Date (month/day/year) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta (to) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Por un período máximo de 1 año (For a maximum period of 1 year)

Yo/Nosotros (nombre del padre/madre/tutor legal) \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo/a en edad legal para manejar (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ para recibir su atención médica rutinaria, sin acompañante durante el periodo de tiempo del (fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*I/We (parent's/legal guardian's name) authorize my driving-age child (patient's name) to receive routine care, unaccompanied during the period (date – month/day/year) to (date – month/day/year)*

Yo/Nosotros (nombre del padre/madre/tutor legal) \_\_\_\_\_ autorizo a mi hijo/a (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ para asistir a las citas de terapia física/ocupacional sin acompañante durante el periodo de tiempo del (fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*I/We (parent's/legal guardian's name) authorize my child (patient's name) to attend physical/occupational therapy appointments unaccompanied during the period (date – month/day/year) to (date – month/day/year)*

Los proveedores de Marshfield Clinic Health System y sus afiliados deberán tratar de contactarme antes de proporcionar cualquier cuidado utilizando los siguientes números:  
*Providers at Marshfield Clinic Health System and affiliates should try to contact me before providing care using the following numbers:*

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
*Home phone Work phone Cell phone*

**También, acepto reembolsar al profesional médico o a Marshfield Clinic Health System, según corresponda, el costo de la prestación estos servicios en el evento de que el seguro del menor no los pague.**

***I further agree to reimburse Marshfield Clinic Health System health care provider for the cost of rendering these services to the extent that the minors insurance does not pay for these services.***

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal del niño  
*Child's parent/legal guardian signature*

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)  
*(Relationship to patient)*

\_\_\_\_\_  
Dirección del padre/tutor legal del niño  
*Child's parent/legal guardian address*

\_\_\_\_\_  
Número telefónico del padre/  
Tutor legal  
*Parent/Legal guardian phone number*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (m/d/a)  
*Signature date (m/d/y)*

**Envíe la fomulario finalizado a: Health Information Management, Marshfield Clinic Health System, 2727 Plaza Drive, Wausau, WI 54403 Fax: 715-847-3069 Correo electrónico: mclhim.consent@marshfieldclinic.org**  
***Send completed form to: Health Information Management, Marshfield Clinic Health System, 2727 Plaza Drive, Wausau, WI 54403 Fax: 715-847-3069 E-mail: mclhim.consent@marshfieldclinic.org***