

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/Family Health Center 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 de atención, 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/Family Health Center 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 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 assigned 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:

Atención de urgencia o emergente en Marshfield Clinic/Family Health Center cuando no puedan localizarme para incluir el tratamiento de salud mental.  
*Emergent or urgent care at Marshfield Clinic/Family Health Center when I cannot be reached to include mental health treatment.*

Atención médica, tratamiento de salud mental y dental en Marshfield Clinic/Family Health Center, incluidas vacunas, análisis de laboratorio y otros análisis de diagnóstico pero sin incluir cirugías ni procedimiento alguno que requiera anestesia, a excepción de una anestesia local.  
*Medical, mental health treatment and dental care at Marshfield Clinic/Family Health Center including immunizations, lab work and other diagnostic tests, but not including any surgery or other procedures which require anesthesia, except for a local anesthetic.*

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

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) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Date (m/d/y) to (m/d/y))
- 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/Family Health Center deberían tratar de comunicarse conmigo a los siguientes números antes de proporcionar algún tipo de atención médica:  
*Marshfield Clinic/Family Health Center providers should try to contact me before providing care at the following numbers:*

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

**Tambien, acepto reembolsar al profesional médico o a Marshfield Clinic/Family Health Center, 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/Family Health Center 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 solicitud completa a: Release of Medical Information, Marshfield Clinic, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449**

**Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: [medicalrecords@marshfieldclinic.org](mailto:medicalrecords@marshfieldclinic.org)**

**Send completed form to: Release of Medical Information, Marshfield Clinic, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449**

**Fax: 715-221-6992 E-mail: [medicalrecords@marshfieldclinic.org](mailto:medicalrecords@marshfieldclinic.org)**