

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:

Atención emergente o de urgencia (incluyendo tratamientos de salud mental) en cualquiera de las siguientes instalaciones cuando yo no pueda ser localizado: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, todos los centros de Marshfield Medical Center, y todas las instalaciones que sean propiedad y/o sean operadas por las organizaciones antes mencionadas.
Emergent or urgent care (including mental health treatment) at any of the following facilities when I cannot be reached: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, all Marshfield Medical Center locations, and all facilities owned and/or operated by the aforementioned organizations.

Tratamientos médicos, de salud mental o cuidado dental - incluyendo vacunación, análisis de laboratorio y otros estudios de diagnóstico, pero sin incluir cirugías u otros procedimientos que requieran anestesia (excepto anestesia local) - en cualquiera de las siguientes instalaciones: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, todos los centros de Marshfield Medical Center, y todas las instalaciones que sean propiedad y/o sean operadas por las organizaciones antes mencionadas.
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 any of the following facilities: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, all Marshfield Medical Center locations, and all facilities owned and/or operated by the aforementioned organizations.

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, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, todos los centros de Marshfield Medical Center, y todas las instalaciones que sean propiedad y/o sean operadas por las organizaciones antes mencionadas deberán tratar de contactarme antes de proveer atención médica utilizando los siguientes números:
Providers at Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, all Marshfield Medical Center locations, and all facilities owned and/or operated by the aforementioned organizations 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 solicitud completa a: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: medicalrecords@marshfieldclinic.org**

**Send completed form to: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 E-mail: medicalrecords@marshfieldclinic.org**