

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

Tratamiento a Menores – Limitado (A Ser Utilizado Una Sola Vez)**Consentimiento**

Página 1 de 2

Consent - Treatment of Minors - Limited (One Time Use)

Page 1 of 2

Para cumplir con las leyes de Wisconsin, la Clínica Marshfield/Family Health Center exige que uno de los padres (no padrastro o padre escogido temporalmente) o tutor legal (tutor elegido por un tribunal) acompañe a un niño menor (de 17 años o menos) a las citas médicas/dentales/salud mental. En el caso de que ni el padre ni el tutor legal pudieran acompañar al menor a una cita médica/dental/salud mental, uno de los padres o tutor legal debe firmar este formulario de Consentimiento – Tratamiento a Menores – Limitado (A Ser Utilizado Una Sola Vez).

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) accompany any minor children (17 years old or younger) to their medical/dental/mental health appointments. In the event that a parent or legal guardian is unable to accompany his or her minor child to a medical/dental/mental health treatment appointment, the parent or legal guardian must sign this Consent – Treatment of Minors – Limited (One Time Use) form.

Nombre del padre o tutor legal _____
Parent or legal guardian name

Nombre del paciente _____
Patient name

Designado (persona
autorizada para dar consentimiento) _____ Relación con el niño _____
Appointee (person authorized to consent) Relationship to child

Por la presente expreso mi consentimiento para que se le otorgue asistencia y tratamiento a mi hijo con relación a su cita médica/dental/salud mental en Marshfield Clinic/Family Health Center:

I consent to care and treatment for my child related to his/her medical/dental/mental health treatment appointment at Marshfield Clinic/Family Health Center:

el (fecha – mes/día/año) ____ / ____ / ____
on (date – month/day/year)

para (motivo de la cita – especificar procedimientos/análisis/vacunas/atención aprobada) _____
for (reason for appointment – specify approved care/procedures/tests/immunizations)

_____ con (nombre del profesional médico) _____
with (health care provider name)

Mi hijo mayor, de _____ años (no menos que 16) puede asistir solo a su cita médica/dental/salud mental.
My mature child, age (#) (not less than 16) can attend this medical/dental/mental health treatment appointment alone.

Tratamiento a Menores – Limitado (A Ser Utilizado Una Sola Vez)

Consentimiento (Continuación)

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

Si hubiera necesidad de localizarme durante la cita de mi hijo para evaluar un tratamiento o atención posterior, pueden localizarme en los siguientes números de teléfono:

If there is a need to reach me during my child's appointment to discuss further care or treatment, I may be reached at the following phone numbers:

| | |
|---|--|
| Particular (_____) _____ - _____ <i>Home</i> | Trabajo (_____) _____ - _____ <i>Work</i> |
| Celular (_____) _____ - _____ <i>Cell</i> | Otro (_____) _____ - _____ <i>Other</i> |

Acepto reintegrar a la Clínica Marshfield/Family Health Center o profesional médico, el costo de estos servicios, en el caso de que mi seguro no pague por estos servicios.

I further agree to reimburse Marshfield Clinic/Family Health Center health care provider for the cost of rendering these services to the extent that my insurance does not pay for these services.

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

(Relación)
(Relationship)

Nombre del padre/tutor legal del niño
Print child's parent/legal guardian name

/ /
Fecha de firma (mes/día/año)
Signature date (month/day/year)

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

Número de teléfono del padre/tutor legal del niño
Child's parent/legal guardian phone number

**Envíe el formulario finalizado a: Release of Medical Information, Marshfield Clinic, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: 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***