

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, Marshfield Clinic Health System 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 Health System 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

Doy mi consentimiento a la atención médica y tratamiento para mi hijo con relación a su cita para tratamiento médico/dental/salud mental en los siguientes instalaciones: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center de Marshfield, Inc., Lake View Center, Inc. de Rice Lake, todas las localidades de Marshfield Medical Center, y todos los centros que sean propiedad y/o operados por las organizaciones antes mencionadas:

I consent to care and treatment for my child related to his/her medical/dental/mental health treatment appointment 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:

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.

