

AUTORIZACIÓN PARA DAR CONSENTIMIENTO POR UNA PERSONA DISTINTA AL PADRE O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO (“FORMULARIO”)

River Valley Family Health Centers (RVFHC) requiere que un padre o un representante legalmente autorizado esté presente en la cita inicial del menor (ej., alguien que no ha cumplido los 18 años). Aunque es importante que el padre o el representante legal del menor esté presente en las citas, entendemos que esto no siempre será posible. Este formulario se puede utilizar para permitir que un adulto, que no sea el padre o el representante legal, sirva como una alternativa para tomar decisiones ("Sustituto") para atención médica no urgente en RVFHC, permitido por el Estatuto Revisado de Colorado (C.R.S.) 15-14-105. Si desea nombrar un Sustituto, revise y complete este Formulario y devuélvalo al personal de recepción en el mostrador de entrada o envíe este formulario por fax a nuestro departamento de Gestión de Información de Salud al 720-777-7244. Este Formulario permanecerá en efecto para las fechas especificadas a continuación, a menos que lo revoque por escrito.

Autorización:

Padre o Representante Legal de (el “Menor”): _____
(Nombre y fecha de nacimiento del paciente)

Solicito que se conceda autoridad para dar consentimiento a: (el “Sustituto”): _____
(Nombre)

(Dirección) (Ciudad, Estado, Código Postal) (Número de teléfono)

Su relación con el Menor es: _____

**Nota: Solo un padrastro, un pariente adulto de primer o segundo grado de parentesco, o un proveedor de cuidado infantil adulto que tenga cuidado y control del menor puede dar consentimiento para la inmunización de un menor, según C.R.S. § 25-4-1704.*

**Nota: La autoridad para dar consentimiento no puede ser otorgada a un individuo distinto de un padre o representante legalmente autorizado para decisiones importantes de atención médica según lo determinado por el proveedor de atención médica del Menor.*

- Si aprueba toda la atención no urgente, no importante, prestada en RVFHC, marque la casilla.
- Si aprueba solo para los siguientes cuidados, condiciones, procedimientos y/o tratamientos (por ejemplo, revisión de niño sano, limpieza dental y examen, etc.), por favor liste aquí:

- Si desea ser contactado en caso de que se necesite tomar una decisión médica para servicios médicos adicionales no anticipados más allá del motivo de la visita del paciente, marque la casilla.

Limitaciones:

Por favor, identifique cualquier limitación en los tipos de servicios médicos para los cuales se da esta autorización, o cualquier limitación en el marco de tiempo para el cual se da esta autorización. Si no hay ninguno, indique "ninguno".



Este formulario es efectivo desde _____ hasta _____

* Nota: A menos que se indique lo contrario, este formulario entra en vigor inmediatamente una vez firmado. Las fechas indicadas no deben ser posteriores a noventa (90) días a partir de la fecha de este formulario. En ningún caso, este formulario estará en vigor por un periodo mayor a noventa (90) días desde la fecha en que el padre o el representante legal autorizado firme el formulario.

Al firmar abajo, confirmo que el Sustituto a quien he dado la autoridad de consentimiento tiene la capacidad para obtener, procesar, leer y comprender la información de salud para que se pueda tomar una decisión de atención médica apropiada e informada. Entiendo que si los proveedores médicos encargados del tratamiento tienen alguna duda sobre la capacidad del Sustituto para proporcionar permiso para atención médica, pueden aplazar la atención no urgente/no emergente hasta que se pueda obtener el permiso apropiado. Al completar este formulario, doy mi consentimiento para compartir la información de salud protegida del menor con el Sustituto. Acepto asumir la responsabilidad financiera por toda la atención y los servicios prestados de acuerdo con este formulario.

Firma del padre o del representante legalmente autorizado

Relacion

Fecha

Hora

Nombre impreso del padre o del representante legalmente autorizado

Número

Número de teléfono alternativo

This section to be completed by RVFHC staff:

Identification of Substitute verified (State Identification Card or Government Issued ID)