

**Consentimiento para tratar a un menor desacompañado  
(Para pacientes establecidos de 16 años o más)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Como regla general, para proporcionar servicios de atención médica a un niño menor de edad (alguien menor de 18 años) requerimos el consentimiento de uno de los padres o del responsable legal. La autorización le permite aprobar: a) que tratemos a su hijo adolescente cuando venga a la consulta sin estar acompañado por un adulto responsable; y, b) que podamos ayudarle en caso de emergencia de salud. Si su hijo menor de edad se presenta en la consulta desacompañado, comprobaremos que usted ha firmado la autorización para tratar a su hijo adolescente en su ausencia, y en caso de que comprobemos que no tenemos su aprobación por escrito, la cita será cambiada. El proveedor tiene el derecho a cancelar o reprogramar la cita hasta que el padre o responsable legal esté con el menor, si es en el mejor interés del paciente menor de edad o si lo requiere la ley.

- Por la presente doy permiso para que mi hijo adolescente sea atendido el consultorio de Anne Arundel Dermatology cuando llegue desacompañado.

Esta autorización es válida

- Para cualquier tratamiento médico.  
 Solamente para el día de hoy.  
 Para este(os) problema(s) específico(s) o un rango de fechas específico. Por favor, especifique:

**He leído y entiendo completamente este consentimiento para tratar a mi hijo adolescente en mi ausencia. Este consentimiento permanecerá válido y en vigor (para hacer lo que autoriza) hasta que sea revocado por escrito por mí a partir de la fecha firmada, a menos que se especifique lo contrario por escrito.**

Padre o responsable legal: (Nombre legible) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del padre o responsable legal: (Nombre legible) \_\_\_\_\_

Testigo: (Nombre legible) \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR LA ATENCIÓN MÉDICA DE UN MENOR

Yo \_\_\_\_\_, de (ciudad o condado) \_\_\_\_\_, estado de \_\_\_\_\_ soy el padre que tiene la custodia legal de \_\_\_\_\_ menor de edad, \_\_\_\_\_ de edad, nacido el \_\_\_\_\_. Autorizo a cualquier médico, asistente médico o proveedor de atención médica empleado o afiliado o que trabaje para Anne Arundel Dermatology, P.A. and Affiliates a realizar cualquier acto que pueda ser necesario para proveer el cuidado de la salud del menor, incluyendo, pero no limitado al poder (I) de proveer dicha atención médica en cualquier hospital u otra institución, o la contratación de cualquier médico, enfermera u otra persona cuyos servicios puedan ser necesarios para tal atención, y (II) consentir y autorizar cualquier asistencia sanitaria, incluida la realización de cirugías y otros procedimientos por parte de los médicos y otro personal médico, excepto la retención o retirada de procedimientos para mantener la vida. Este consentimiento será efectivo desde la fecha en que se ejecute hasta la fecha en que lo rescinda por escrito. Al firmar aquí, indico que (I) tengo la comprensión y la capacidad de reconocer la importancia de comunicar y asignar las decisiones en materia de atención médica contempladas en este documento. Estoy plenamente informado del contenido del documento, y (II) comprendo todo el alcance y la importancia de este otorgamiento de poderes al agente aquí nombrado.

***Autorizo a las siguientes partes enumeradas a continuación a dar su consentimiento para el tratamiento, así como a las anteriores:***


(Firma de los padres custodios)

(Fecha)

---

**\*\*SOLO PARA USO NOTARIAL\*\***

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

En este día \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ compareció personalmente ante mí, \_\_\_\_\_, persona por mí conocida, que sé que es la persona descrita y que ejecutó el instrumento anterior, quien reconoce que ejecutó el mismo y habiendo sido debidamente juramentada por mí, ratifica que las declaraciones en el instrumento anterior son verdaderas.

\_\_\_\_\_, Notario Público

(Sello oficial)

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

NINGÚN MENOR DE 18 AÑOS PODRÁ SER ATENDIDO SIN UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO FIRMADO POR EL PADRE CUSTODIO Y RECONOCIDO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO DE ACUERDO CON EL PROYECTO DE LEY 955 DEL SENADO DE C.N. SECCIÓN I, CAPÍTULO 32A DE LOS ESTATUTOS GENERALES. EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO COMPLETADO DEBERÁ SER COLOCADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.