FORMULARIO CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS NO URGENTES A MENORES DE EDAD

A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre, Inicial y dos apellidos del Paciente	
Edad	
Número de Expediente	

B. INFORMACIÓN DE PERSONAS CON PATRIA POTESTAD

[ ] Padre [ ] Madre [ ] Otro: _____

Nombre de la persona	
Edad	
Relación con el Menor	
Identificación Inicial y número	
Dirección	
Teléfonos	
Correo electrónico	

[ ] Padre [ ] Madre [ ] Otro: _____

Nombre de la persona	
Edad	
Relación con el Menor	
Identificación Inicial y número	
Dirección	
Teléfonos	
Correo electrónico	

C. INFORMACIÓN DEL ADULTO AUTORIZADO A ACOMPAÑAR AL MENOR

Nombre de la persona	
Relación con el Menor	
Identificación Inicial y número	
Dirección	
Teléfonos	
Correo electrónico	

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ (Persona con Patria Potestad) autorizó a _____(Persona autorizada) a acompañar al menor _____ a recibir los siguientes servicios médicos no urgentes:

Descripción del Servicio o Tratamiento Médico Autorizado: marque con una X

Tratamiento	Si	No
1. Servicios Ambulatorios		
2. Servicios Dentales		
3. Rayos X's		
4. Exámenes de Laboratorio		
5. Inmunización (Vacunas)		
6. Otros servicios ambulatorios y de seguimiento: Especifique:		

FIRMAS:

1. **Persona con patria potestad:_____**
   [ ] Padre [ ]Madre [ ] Otro: especifique:

   Nombre el letra de molde: _____

   Fecha: _____

   Periodo o Término de la autorización: _____(la vigencia será de un año a partir de esta fecha)

2. **Persona con patria potestad:_____**
   [ ] Padre [ ]Madre [ ] Otro: especifique:

   Nombre el letra de molde: _____

   Fecha: _____

   Periodo o Término de la autorización: _____(la vigencia será de un año a partir de esta fecha)

3. **Acompañante:**

   Firma: _____

   Nombre en Letra de Molde:

   Fecha: _____

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Para ser llenado iniciado por el proveedor del servicio médico o su personal administrativo

A mi mejor conocimiento, la persona con patria potestad que autoriza los tratamientos médicos no urgentes al menor de edad, sin su presencia, es una persona competente.

La presente autorización ha sido suscrita previo a que se brinden los tratamientos médicos no urgentes al menor.

La presente autorización ha sido suscrita por la persona con patria potestad ante mi presencia.

_____

FIRMA
Proveedor de Servicio o Personal Administrativo Autorizado

_____

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL Proveedor de Servicio o Personal Administrativo Autorizado:_____

Advertencia: De conformidad con la Ley 139-2019, no incurrirá en responsabilidad civil el profesional autorizado o la institución que ofreció el tratamiento a un menor de edad al cumplir con los requisitos de esta Ley y cuente con el presente consentimiento. Esto solo aplica a ofrecimiento de tratamiento y/o atención médica, no a las acciones u omisiones negligentes que pudiera incurrir el profesional de la salud en la administración del tratamiento.

Original: Expediente Clínico del Menor