



## **Consentimiento a Tratar a un Menor**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Varias veces padres/ guardianes legales no pueden acompañar a sus hijo/a adolescentes a sus citas. Este documento ha sido preparado para su conveniencia si en todo caso no puede estar presente para la visita con su hijo/a.

1. Yo, \_\_\_\_\_(nombre del padre/guardián) juro que soy el padre o guardián legal del adolescente y no hay ordenes judiciales vigentes que me prohíban conferir poder de dar consentimiento a otra persona.
2. Doy este consentimiento libre y conscientemente con el fin de mantener al niño y no como resultado de presión, amenazas o pago por parte de cualquier persona o agencia.
3. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea revocado notificando por escrito a los proveedores médicos, de salud mental y de seguros de mi hijo, y al agente mencionado anteriormente que deseo revocarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian Legal

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Fecha