Dr. Black's Eye Associates

POLÍTICA: CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE MENORES DESATENIDOS

Como regla general, requerimos el consentimiento de un padre o tutor legal para brindar servicios de atención médica a un niño menor de edad (alguien menor de 18 años). Con tantos padres trabajando fuera del hogar o con otros compromisos, nos damos cuenta de que es posible que no pueda acompañar a su hijo en todas las visitas a la clínica. Si su hijo menor se presenta a la clínica sin acompañante, no podremos ver al menor sin acompañante. Si el menor se presenta en compañía de un adulto que no sea padre o tutor legal, deberá contar con documentación del padre o tutor legal dando consentimiento para el tratamiento. Si no tienen un consentimiento para el tratamiento, la cita será reprogramada.
En un esfuerzo por brindar la atención necesaria y evitar tener que reprogramar la cita de su hijo, hemos desarrollado un formulario de consentimiento que, una vez completado por un padre o tutor legal, se colocará en el expediente médico de su hijo para su uso según sea necesario. Este formulario nos permitirá proporcionar tratamiento médico y de rutina (incluida la dilatación de los ojos) para su hijo menor cuando el personal médico calificado lo considere necesario. A los adultos, que no sean el padre o tutor legal, que acompañen a un niño menor a una cita y que estén autorizados por el Consentimiento para tratar a un menor registrado, se les pedirá que presenten una identificación con foto al registrar al paciente para la cita. Este formulario de consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

Nombre del paciente: **Fecha de nacimiento:**

Yo, el abajo firmante, padre(s) o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, menor de edad, por la presente autorizo a los médicos de Dr. Black's Eye Associates a actuar como agentes para que el abajo firmante dé su consentimiento para el examen ocular, dilatación, diagnóstico y tratamiento u otra atención médica que se considere aconsejable, y si se debe brindar bajo la supervisión general o especial de, el médico tratante que tiene licencia para ejercer en el estado de Indiana o Kentucky, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea prestado en el consultorio de dicho médico. **Además, reconozco que soy responsable de cualquier parte de los cargos que no estén cubiertos por el seguro del niño.**

Consentimiento para tratar a un niño menor de edad acompañado por un adulto que no sea el padre o tutor legal del niño Yo, el padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, autorizo al médico de Dr. Black's Eye Associates a realizar el tratamiento médico según las declaraciones anteriores. cuando van acompañados de cualquiera de los siguientes nombres personas adultas mayores de 18 años:

Nombre del adulto:_____NOMBRE EN IMPRENTA

Relación con el niño_____
(abuelo, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Nombre del adulto:_____ NOMBRE EN IMPRENTA

Relación con el niño_____
(abuelo, tía, tío, hermana, hermano, amigo de la familia)

Esta autorización es válida:

o Para todos y cada uno de los procedimientos médicos o de rutina (incluida la instalación de gotas para los ojos para la presión ocular y la dilatación (Típicamente cubierto por el seguro)

o Evaluación, ajuste y prescripción de lentes de contacto (por lo general, no están cubiertos en su totalidad por el seguro)

o Solo para la fecha de servicio: ____/____/_____

Esta autorización es válida hasta que sea REVOCADA POR ESCRITO (a menos que se indique anteriormente)

Padre o tutor legal: _____Fecha: ____/____/_____
firma

Padre o tutor legal: _____ Fecha: ____/____/_____
nombre en letra de imprenta

_____

Identificación con foto verificada _____ (Nombre/Iniciales del empleado)