

**PARIENTE o GUARDIAN: Favor de llenar SOLAMENTE si la visita es para un menor.****CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR****FECHA:** \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS PARIENTE(S): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Nombre de la personal quien da el consentimiento: \_\_\_\_\_

Relación al paciente (Pariente, Guardian, conservador administrativo): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de telefono:(Casa): \_\_\_\_\_(Celular): \_\_\_\_\_

A Quien Le Interese:

Yo doy mi permiso a **Providence Medical Partners**, y los medicos, enfermeras, asistente medicos, y otros asociados para examiner y proveer tratar a mi hijo/a, cuyo nombre y edad aparece abajo:\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente Que tiene \_\_\_\_\_ años de edad.

En el evento que no me pueden localizer, doy mi permiso a las personas y/o institución abajo a dar consentimiento para examinar y proveer tratar a mi hijo/a

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) de persona(s) que tiene cuidado y control sobre el niño (ejemplo: abuelo/a, guardian, niñera)\_\_\_\_\_  
Nombres de Instituciones (Escuela, Guardería, etc.)

**Consentimiento a dar Asesoramiento y Provision de Anticonceptivos.** Texas permite el tratamiento de los menores de las enfermedades de transmission sexual y el embarazo sin el consentimiento de los parientes. Yo entiendo que visitas con los medicos pueden incluir discusiones, pruebas y tratamiento de las enfermedades de transmission sexual y/o el embarazo. Texas no permite que un proveedor de cuidado da asesoramiento y dar anticonceptivos a los menores sin el consentimiento de los parientes, except bajo ciertas circunstancias. Favor de marcar **Sí** o **No** si das consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos al menor, cuoy nombre está escrito arriba.

 **Sí**, doy consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos a mi hijo/a. **No**, no doy consentimiento a dar asesoramiento y provision de anticonceptivos a mi hijo/a.**X**  
\_\_\_\_\_  
**Firma de Pariente, Guardian, o conservador administrativo**

Testigo:

\_\_\_\_\_  
Nombre\_\_\_\_\_  
Domicilio\_\_\_\_\_  
Nombre\_\_\_\_\_  
Domicilio