



Consentimiento para tratamiento (Tutor sustituto)

Para cumplir con la ley de Wisconsin, Scenic Bluffs Community Health Centers requiere que un tutor legal (Tutor designado por un juzgado) autorice la atención cuando ellos no están disponibles para asistir a las citas. En el caso que el tutor legal no esté disponible para dar el consentimiento de la atención, el tutor legal podría delegar el derecho del consentimiento a otro adulto. En el caso en que un paciente se presente para una cita no urgente sin el tutor legal o sin el consentimiento firmado, el tratamiento podría ser negado.

Divulgación de información: Para asegurarnos que el padre(s) sustituto(s) tengan acceso a la información de salud necesaria del paciente para tomar decisiones de consentimiento informados, Yo / nosotros autorizamos a Scenic Bluffs Community Health Centers a proveer a los padres sustitutos la información de salud del menor paciente. Información de salud del paciente quiere decir todos los registros médicos y registros de tratamiento relacionados con el paciente menor los cuales están protegidos y son confidenciales bajo el 42 C.F.R. Parte 2, Wis. Estatuto §§51.30 y 146.82, de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de Salud de 1996, Ley Publica 104-191 ("HIPAA"), y los Estándares para la Privacidad de Salud Individualidad e Identificación de Información ("HIPAA Regulación de Privacidad"), 45 C.F.R. Parte 160 y parte 164, subpartes A y E.

Solamente es necesario llenar la sección 1 y 3 si tiene autorización para que el paciente pueda ser atendido sin la presencia del padre o tutor.

Sección 1:

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

Durante el periodo: _____ al _____ o hasta que el paciente tenga 18 años de edad
(Fecha de inicio) (Fecha de término)

En caso que los proveedores médicos de Scenic Bluffs necesiten comunicarse con usted antes de darle servicio, por favor provea la siguiente información:

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Otro: _____

Le gustaría que el paciente sea atendido sin la presencia del padre o tutor? _____ Si _____ No
(El padre/ tutor podría ser requerido que este presente en ciertos procedimientos)

Sección 2:

Yo delego el derecho y autorizo al siguiente adulto(s)

Nombre del adulto designado: _____

Relación (con el paciente): _____

Domicilio del designado: _____

Teléfono del designado: _____

Yo estoy de acuerdo de pagar el costo del servicio que mi seguro no cubra por los servicios que Scenic Bluffs Community Health Centers me provea.

Firma del Padre/Tutor legal

Relación con el paciente

Nombre del Padre/Tutor legal

Fecha