

# PLANNED PARENTHOOD OF AUSTIN SURGICAL & SEXUAL HEALTH SERVICES

**South Clinic (Clínica del Sur)**  
201 East Ben White Blvd.  
Suite A  
Austin, Texas 78704  
(512) 276-8000

**Surgical Center (Centro Quirúrgico)**  
201 East Ben White Blvd.  
Austin, Texas 78704  
(512) 276-8000

**North (Clínica del Norte)**  
9041 Research Blvd.  
Suite 250  
Austin, Texas 78758  
(512) 331-1288

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UNA MENOR

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nº de registro médico \_\_\_\_\_

Edad del paciente \_\_\_\_\_

### POR FAVOR COMPLETE LA SECCIÓN A O B

#### SECCIÓN A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE / MADRE / TUTOR / GUARDIÁN LEGAL / U OTRO ADULTO

- Yo soy (marque uno)  Padre / madre de la menor mencionada arriba  
 Tutor de la menor mencionada arriba  
 Guardián legal de la menor mencionada arriba

Nombre del (de los) padre(s) en letra imprenta (si se conoce) \_\_\_\_\_

Nombre del tutor o guardián legal en letra imprenta (si corresponde) \_\_\_\_\_

*Complete esta sección SOLO si NO SE PUEDE CONTACTAR al padre / madre / tutor / guardián legal*

La persona que tiene derecho a dar consentimiento para el tratamiento médico para la menor mencionada arriba (padre / madre / tutor / guardián legal) no ha podido ser contactada y no nos ha notificado de lo contrario. Yo doy mi consentimiento para el tratamiento médico para la menor mencionada arriba conforme al Texas Family Code Chapter 32.001(Capítulo 32.001 del Código de Familia de Texas).

Yo soy:

- Abuelo(a)
- Institución educativa con la autorización para dar consentimiento de la persona que tiene el derecho a dar consentimiento
- Adulto con cuidado / control/ posesión con autorización por escrito a dar consentimiento de la persona que tiene el derecho a dar consentimiento
- Adulto responsable por la menor conforme a órdenes del tribunal juvenil
- Empleado de Texas Youth Commission (Comisión de Jóvenes de Texas)
- Funcionario del orden público custodio de una menor que tiene necesidad inmediata de un tratamiento médico

Yo doy permiso a Planned Parenthood of Austin Surgical and Sexual Health Services (PPASSHS) a proporcionar tratamiento médico confidencial a la menor mencionada arriba. Esto incluye permiso para que la menor mencionada arriba dé un consentimiento informado para el método anticonceptivo que haya escogido, en base a la consulta con el proveedor de atención médica de PPASSHS. Yo renuncio a mi derecho de revisar y firmar un formulario de consentimiento para el método anticonceptivo que la menor decida usar.

**Entiendo que la menor tiene derecho a recibir gratuitamente los servicios de interpretación de idioma. Deben informarle al personal si estos servicios le serán útiles para entender la información escrita o verbal dada durante mis consultas de atención médica.**

**La menor recibirá una hoja informativa de parte de PPASSHS que incluye una lista de los riesgos, beneficios y alternativas a lo método anticonceptivo u otro servicio médico. Tendrán la oportunidad de revisar la hoja informativa y de hacer preguntas relacionadas con el método anticonceptivo recomendado u otros servicios médicos.**

**No se me ha garantizado ningún resultado que podría obtener de cualquier servicio médico que la menor reciba de PPASSHS. Entiendo que es mi decisión si decido o no dar consentimiento para los servicios de la menor. Entiendo que en cualquier momento puedo cambiar de idea en cuanto a que la menor reciba anticonceptivos o servicios médicos en PPASSHS.**

**Entiendo que si las pruebas para ciertas infecciones de transmisión sexual resultan positivas, es obligatorio por ley informar los resultados positivos a las agencias públicas de salud y PPASSHS informará los resultados positivos.**

**PLANNED PARENTHOOD OF AUSTIN SURGICAL & SEXUAL HEALTH SERVICES**

Es posible que la menor sea remitida para diagnósticos o tratamientos adicionales, si es necesario. Entiendo que si necesitan remitirla, es mi responsabilidad obtener y pagar por esta atención médica. Se le explicará a la menor cómo obtener atención médica en caso de emergencia.

Doy consentimiento a usar y dar a conocer la información médica de la menor según está descrito en la Notificación de las Prácticas de Privacidad de PPASSHS. La menor recibirá una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad.

Por la presente solicito que PPASSHS proporcione una adecuada evaluación, prueba y tratamiento (incluyendo un dispositivo o droga anticonceptiva, si la menor lo solicita).

Este consentimiento comienza en la fecha indicada abajo y seguirá en vigencia hasta que sea revocado por escrito. Cualquier revocación de este consentimiento no se hará efectiva con respecto a los servicios médicos o método anticonceptivo ya proporcionado, o ninguna medida tomada por PPASSHS dependiendo de este consentimiento.

**Declaro bajo pena de perjurio que la información indicada arriba es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que da consentimiento (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que da consentimiento

\*\*\*\*\*

**SECCIÓN B - CONSENTIMIENTO DEL MENOR**

Soy una menor emancipada

Tengo 16 años o más, vivo separada y aparte de mis padres / tutor / guardián legal y administro mis propios asuntos financieros.

**Declaro bajo pena de perjurio que la información indicada arriba es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la menor (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la menor

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

**INFORMACIÓN SOBRE EL CONSENTIMIENTO PARA  
TRATAMIENTO MÉDICO DE UNA MENOR EN TEXAS**

Algunas menores (menos de 18 años) tendrán que conseguir el consentimiento de su padre, madre o tutor antes de recibir **ciertos** servicios médicos (como anticonceptivos, prueba de Papanicolaou, o chequeos de rutina para mujeres) en nuestras clínicas.

**PODEMOS proporcionar cierta atención médica a una menor sin el consentimiento de los padres en cualquiera de nuestras clínicas de Austin si:**

- estás pidiendo condones.
- quieres información sobre métodos anticonceptivos.
- estás solicitando una prueba de embarazo.
- estás solicitando una prueba o tratamiento para ciertas infecciones de transmisión sexual.
- recibes Medicaid.
- tienes 16 ó 17 años y vives aparte de tus padres **y** administras tus propias finanzas. Te pedirán que firmes un formulario indicando que esta es tu situación.
- estás emancipada.
- tu padre, madre o tutor **no pueden ser contactados**. Esto significa que no sabes cómo comunicarte con tu padre, madre o tutor (no sabes dónde viven o no puedes comunicarte con ellos). Esto no aplica si es simplemente que no **quieres** que nos comuniquemos con tu padre, madre o tutor. Si es imposible comunicarse con tu padre, madre o tutor, es posible que otro adulto pueda firmar el consentimiento tuyo