

Planned Parenthood
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE UN MENOR

Nombre el/la Menor _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

COMPLETE LA SECCIÓN A o B

SECCIÓN A CONSENTIMIENTO DE EL PADRE / MADRE / TUTOR / GUARDIÁN LEGAL O CUALQUIER OTRO ADULTO

Nombre (en letra de molde) de Padre(s) (si lo sabe) _____

Nombre (en letra de molde) de Tutor / Guardián legal (si relevante) _____

Yo soy (marque uno) padre / madre tutor guardián legal el / la menor.

COMPLETE ESTA PARTE si el padre / madre / tutor o guardián legal de el / la menor NO SE PUEDE CONSEGUIR.

Persona con el derecho a consentir al tratamiento medico para el / la menor arriba mencionado/a, no ha podido ser contactada y no nos ha notificado sobre lo contrario, por lo tanto YO, doy mi consentimiento para dicho tratamiento medico para este/a menor según la ley de Texas Family Code Chapter 32.001.

Yo soy (marque uno):

- abuelo (a) hermano(a) adulto tío(a) adulto
- instituto educacional con autorización de la persona con el derecho para dar el consentimiento
- adulto con el cargo / control/ posesión, y autorización por escrito de la persona con el derecho para dar consentimiento
- adulto responsable por el/la menor bajo la orden de la corte juvenil
- Empleado del Texas Youth Commission

Yo doy permiso a Planned Parenthood a que provea tratamiento medico confidencial a la menor arriba mencionada. Esto incluye permiso para que la menor de su consentimiento informado para el método de control de la natalidad que haya escogido, basado en la consulta con su proveedor de salud. Yo cedo mi derecho a revisar y firmar dicho consentimiento. Este consentimiento entra en vigencia desde la fecha abajo mencionada y permanece en efecto a menos que sea revocado por escrito.

Yo declaro bajo la pena de perjurio que la información arriba indicada es correcta y verdadera.

Nombre (en letra) de la persona consentimiento

Firma de la persona dando consentimiento

Fecha dando

SECCIÓN B CONSENTIMIENTO DE EL/LA MENOR

Yo soy un/una menor emancipado/a.

Yo tengo 16 años o mas, no vivo con mis padres / tutor / guardián legal, y manejo mis asuntos financieros

Yo declaro bajo la pena de perjurio que la información arriba indicada es correcta y verdadera.

Firma de Menor

Fecha

**INFORMACIÓN SOBRE EL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO
MEDICO DE UN/A MENOR DE EDAD**

ANTES DE RECIBIR CIERTOS SERVICIOS MÉDICOS O TRATAMIENTO, ALGUNOS MENORES DE EDAD (MENOS DE 18 AÑOS), TENDRÁN QUE CONSEGUIR EL CONSENTIMIENTO DE SU PADRE/ MADRE / TUTOR O GUARDIÁN LEGAL

NO NECESITA el consentimiento de padre / madre / tutor o guardián legal si:

- Recibe Medicaid.
- Tiene 16 o 17 años y no vive con sus padres y maneja sus asuntos financieros. (Tendrán que firmar un documento declarando estos arreglos.)
- Está emancipado.
- Necesita solamente pruebas o tratamiento para ciertas infecciones transmitidas sexualmente.
- Necesita solamente una prueba de embarazo.
- Sus(s) padre(s) / guardián NO SE PUEDE(N) CONSEGUIR. Es decir que no sabe como ponerse en contacto con su(s) padre(s) / guardián no sabe dónde viven o no puede conseguirlos por teléfono o carta. Esto no se aplica si usted no quiere ponerse en contacto con ellos. SI NO PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON SU PADRE / MADRE O GUARDIÁN, OTRO ADULTO — ABUELO(A), TÍA, TÍO, HERMANO, HERMANA – PUEDEN FIRMAR EL CONSENTIMIENTO.
- Usted pide servicios de una clínica financiada por el Título X. Una lista de clínicas financiadas por Title X se puede encontrar en: <http://www.plannedparenthood.org/gulf-coast/facts-about-minor-consent-medical-treatment-33225.htm>

PODEMOS OFRECER:

- ✓ **CONDONES**
- ✓ **ESPUMA O TELA PARA CONTROL DE NATALIDAD**
- ✓ **INFORMACIÓN SOBRE CONTROL DE NATALIDAD**
- ✓ **PRUEBAS DE EMBARAZO**
- ✓ **PRUEBAS Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES TRANSMITIDA SEXUALMENTE**

PARA UN/A MENOR SIN EL CONSENTIMIENTO DE SUS PADRES.