

**PLANNED PARENTHOOD OF GREATER TEXAS**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE UN/A MENOR RECIBIENDO SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

La información del menor de edad		
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:

Instrucciones
<p>1. Esta forma de consentimiento es para clientes menores de 17 años de edad y para los padres /guardianes legales que buscan servicios los cuales requieren el consentimiento de los padres de familia en el estado de Texas y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El padre o la madre/guardián legal no quiere dar su consentimiento a cada episodio; <b>o</b></li> <li>• El padre o la madre, tutor, o guardián legal <b>NO PUEDEN SER CONTACTADOS; o</b></li> <li>• El/la menor no está casado/a y es el padre o la madre de un/a hijo/a - tiene custodia de su hijo/a y puede dar consentimiento para el cuidado médico de su hijo/a; <b>o</b></li> <li>• El/la menor es casado/a, emancipado/a o es de 16 años o mayor de edad, y vive separado/a de su padre o madre/ guardián legal.</li> </ul> <p>2. Llene <b>ya sea</b> la sección A o sección B. <b>No llene las dos secciones.</b></p> <p>3. La sección A deberá de ser llenada por el padre o la madre, tutor, guardián legal u otro adulto (si el padre o la madre, tutor o guardián legal no pueden ser contactados). Vea las opciones que se mencionan abajo.</p> <p>4. La sección B deberá de ser llenada por un/a menor, si es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado/a; <b>o</b></li> <li>• Emancipado/a; <b>o</b></li> <li>• No está casado/a y es el padre o la madre de un/a hijo/a - tiene custodia de su hijo/a y puede dar consentimiento para el cuidado médico de su hijo/a; <b>o</b></li> <li>• Tiene 16 años o es mayor de edad, vive separado/a y aparte de su padre o madre, tutor, y/o guardián legal y administra sus propios asuntos financieros.</li> </ul>

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

**Yo soy (marque uno):**

Padre/madre del/la menor mencionada arriba.

Tutor del/la menor mencionada arriba.

Guardián legal del/la menor mencionada arriba. Se requiere una comprueba de la documentación legal.

Otro (Si **NO SE PUEDE CONTACTAR** al padre/madre/tutor/guardián legal, complete la sección abajo).

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 <b>NO SE PUEDE CONTACTAR</b> al padre/madre/tutor/guardián legal
<p>La persona que tiene derecho a dar consentimiento para el tratamiento médico para el/la menor mencionada arriba (padre/madre/tutor/guardián legal) no ha podido ser contactada y no nos ha notificado de lo contrario.</p> <p>El nombre de uno o ambos padres o el guardián que no puede ser contactado es: _____</p> <p>Yo doy mi consentimiento para el tratamiento médico para el/la menor mencionada arriba conforme al Texas Family Code Chapter 32.001(Capítulo 32.001 del Código de Familia de Texas). Yo soy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Abuelo/a</li> <li><input type="checkbox"/> Hermano/a adulto del/la menor</li> <li><input type="checkbox"/> Tío/a adulto del/la menor</li> <li><input type="checkbox"/> Adulto responsable por el/la menor conforme a órdenes del tribunal juvenil</li> <li><input type="checkbox"/> Institución educativa con la autorización para dar consentimiento de la persona que tiene el derecho a dar consentimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Adulto con cuidado/control/posesión con autorización por escrito a dar consentimiento de la persona que tiene el derecho a dar consentimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Funcionario del orden público custodio de un/a menor que tiene necesidad inmediata de un tratamiento médico</li> <li><input type="checkbox"/> Empleado de Texas Youth Commission (Comisión de Jóvenes de Texas)</li> </ul>

FOR CLINIC STAFF USE ONLY	Patient Name:
	DOB:
	MR#:

## PLANNED PARENTHOOD OF GREATER TEXAS

Yo doy permiso a Planned Parenthood of Greater Texas (PPGT) a proporcionar tratamiento médico confidencial al/a menor mencionada arriba. Esto incluye permiso para que el/la menor mencionado/a arriba dé un consentimiento informado para el método anticonceptivo que haya escogido, en base a la consulta con el proveedor de atención médica de PPGT. Yo renuncio a mi derecho de revisar y firmar un formulario de consentimiento para el método anticonceptivo que el/la menor decida usar.

Doy consentimiento a usar y dar a conocer la información médica del/la menor según está descrito en la Notificación de las Prácticas de Privacidad de PPGT. El/La menor recibirá una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad y firmará una confirmación de recibo de tal documento. Entiendo que el/la menor tiene derecho a recibir gratuitamente los servicios de interpretación de idioma como está delineado en el Aviso de No Discriminación que recibirá.

El/La menor recibirá una hoja informativa de parte de PPGT 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 el/la menor reciba de PPGT. Entiendo que es mi decisión si decido o no dar consentimiento para los servicios del/la menor. Entiendo que en cualquier momento puedo cambiar de idea en cuanto a que el/la menor reciba anticonceptivos o servicios médicos en PPGT.

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 PPGT informará los resultados positivos.

Es posible que el/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 al/a menor cómo obtener atención médica en caso de emergencia.

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

Como tutor legal del/la cliente, doy permiso para que el/la cliente menor de edad tenga acceso y/o pueda obtener copias de la información de su salud sin mi consentimiento y como se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad de PPGT. El/la menor recibirá una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Sírvase notar que Planned Parenthood es una institución de enseñanza, y que personas que se están capacitando, podrán participar bajo una supervisión estricta, en algunos aspectos de la atención al menor.

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 PPGT dependiendo de este consentimiento.

Estoy consciente de que la confidencialidad del/la cliente menor de edad podría ser violada si PPGT necesita contactarle si/cuando se reciba un resultado anormal de una prueba o se sospeche o detecte una condición potencialmente mortal.

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

Nombre de la Persona que da Consentimiento	Fecha	Firma
--	-------	-------

Nombre del Miembro del Personal	Fecha	Firma
---------------------------------	-------	-------

<b>PARA USO SOLAMENTE DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA</b>	<input type="checkbox"/> ID of the consenting adult was provided and a copy was added to the medical record. <input type="checkbox"/> ID of consenting parent/guardian/family member was not available – PPGT1510 signed and scanned. <input type="checkbox"/> ID of parent was not provided because the minor brought in the form signed by their parent from home.
--	--

<b>FOR CLINIC STAFF USE ONLY</b>	Patient Name:
	DOB:
	MR#:

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER TEXAS

SECCIÓN B - CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE MENOR DE EDAD

Yo soy (marque uno):

- Un/a menor casado/a
- Un/a menor emancipado/a.
- Tengo 16 años o más, vivo separada y aparte de mis padres/tutor/guardián legal y administro mis propios asuntos financieros.
- Un/a menor que no está casado/a y es el padre o madre de un bebe. Tengo custodia de este bebe y puedo dar consentimiento al cuidado médico de mi bebe.

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

Nombre del/la Menor	Firma	Fecha
Nombre del Testigo	Firma	Fecha

<b>FOR CLINIC STAFF USE ONLY</b>	Patient Name:
	DOB:
	MR#: