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

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:
   - El padre o la madre/guardián legal no quiere dar su consentimiento a cada episodio; O
   - El padre o la madre, tutor, o guardián legal **NO PUEDEN SER CONTACTADOS**; O
   - El/la menor es independiente o es de 16 años o mayor de edad, y vive separado(a) de su padre o madre/ guardián legal,

2. Llene **ya sea** la sección A o sección B. **No llene las dos secciones**.
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.
4. La sección B deberá de ser llenada por un(a) menor, si es:
   - Independiente; o
   - 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.

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.

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 el/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 el/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)
☐ Hermano/a adulto del/la menor
☐ Tío/a adulto del/la menor
☐ Adulto responsable por el/la menor conforme a órdenes del tribunal juvenil
☐ 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
☐ Funcionario del orden público custodio de un/a menor que tiene necesidad inmediata de un tratamiento médico
☐ Empleado de Texas Youth Commission (Comisión de Jóvenes de 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.

Entiendo que el/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.

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

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER TEXAS

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.

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.

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 Practicas 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

PARA USO SOLAMENTE PERSONAL DE LA CLÍNICA	☐ Parental ID was provided and a copy was added to the medical record. ☐ Parental ID was not provided because minor brought in completed, signed form from home.

SECCIÓN B - CONSENTIMIENTO DEL MENOR

Yo soy (marque uno):
☐ 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.

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

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