

## Consentimiento para cuidadores temporales para la atención y el tratamiento a menores que no sea de emergencia

\_\_\_\_\_  
Apellido del/de la menor  
(en letra de imprenta)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
GHC-SCW #

### Consentimiento de padre/madre/tutor legal para cuidadores temporales

Por la presente, declaro que soy el padre, la madre o el tutor legal del menor mencionado anteriormente con la autoridad para otorgar los permisos descritos en este formulario. Por la presente autorizo y concedo a:

\_\_\_\_\_  
Nombre y parentesco del cuidador temporal - (Debe ser mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Nombre y parentesco del cuidador temporal - (Debe ser mayor de 18 años)

permiso para consentir y autorizar el tratamiento médico de los siguientes tipos de atención:

#### Marque uno o más

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención primaria       | <input type="checkbox"/> Quiropráctica           | <input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes | <input type="checkbox"/> Terapia física/ ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Atención oftalmológica  | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio | <input type="checkbox"/> Todo tipo de servicios   | <input type="checkbox"/> Educación para la salud     |
| <input type="checkbox"/> Salud mental            | <input type="checkbox"/> Vacunas                 |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: (Describa): _____ |  |   |  |

**\*\*Nota importante:** Este formulario no es aplicable a inyecciones por tratamiento de alergias. El padre/la madre/el tutor legal debe estar presente cuando un menor recibe inyecciones por tratamiento de alergias.\*\*

Esta autorización será válida por el período de tiempo que comienza el \_\_\_\_\_ y termina el \_\_\_\_\_. Por la presente, eximo de toda responsabilidad a los proveedores y demás personas que actúen en función de esta autorización.

Ejecutado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
FECHA (día/mes/año)

**Enviar el formulario completo a:** Group Health Cooperative of South Central Wisconsin  
5249 E Terrace Dr  
Madison, WI 53718

Forward completed form to Release of Information Department - East Clinic

Este formulario es parte de HID.069 y NUR.145. Cualquier cambio a este formulario que resulte en cambios en el procedimiento debe documentarse en HID.069 y NUR.145.

**BETTER TOGETHER**<sup>SM</sup>

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW)  
MK20-38-1(8.24)F

 **Group Health  
Cooperative**

of South Central Wisconsin

ghcscw.com