



Autorización para servicios ambulatorios a un menor

Nombre del cliente: _____ Edad: _____ ID de pac.: _____

Nombre del tutor legal n.º 1 _____ Nombre del tutor legal n.º 2 _____

Por la presente, autorizo a Health Solutions West a dar servicios de salud mental al menor de edad mencionado anteriormente. Entiendo/entendemos que para los niños menores de 15 años, solo los padres u otra persona con autoridad médica para tomar decisiones pueden autorizar el tratamiento. Yo/nosotros tenemos autoridad para autorizar el tratamiento para el menor de edad mencionado anteriormente porque: *[ponga sus iniciales en el motivo adecuado de su autoridad para autorizar el tratamiento del menor]*

_____ Soy/somos el/los padre(s) natural(es) o adoptivo(s) del niño. Doy fe de que no hay órdenes judiciales que limiten mi autoridad para autorizar el tratamiento para el menor, ni hay órdenes judiciales que otorguen a cualquier otra persona la responsabilidad de tomar decisiones médicas conjuntas para este menor; o

_____ Yo/nosotros tenemos autoridad para tomar decisiones médicas conjuntas para este menor de conformidad con una orden o decreto judicial. *(Se requiere documentación de tutela, orden judicial para el tratamiento u otra responsabilidad médica en la toma de decisiones, y no se proporcionarán servicios psiquiátricos sin consultar con todas las partes que toman decisiones); o*

_____ Yo/nosotros tenemos responsabilidad exclusiva para tomar decisiones médicas para este niño de conformidad con una orden o decreto judicial. *(Se requiere documentación de tutela, orden judicial para tratamiento u otra responsabilidad médica en la toma de decisiones); o*

_____ Yo/nosotros soy/somos el/los cuidador(es) principal(es) de este niño y los padres o el tutor legal no están disponibles para dar su consentimiento a pesar de mis/nuestros esfuerzos por ponernos en contacto con ellos. Entiendo/entendemos que este consentimiento es válido solo para la terapia ambulatoria, y que no se proporcionarán servicios psiquiátricos ambulatorios sin documentación de tutela designada por el tribunal. *(Se requiere documentación de la petición de tutela o poder notarial médico).*

Al firmar esta autorización, entiendo/entendemos que no puedo/podemos solicitar acceso a los registros del menor en relación con ningún procedimiento legal que implique una determinación del mejor interés del menor porque el menor tiene derecho a comunicaciones privilegiadas y confidenciales. Entiendo/entendemos que Health Solutions West no producirá los registros del menor en ese tipo de procedimiento legal sin una autorización válida u orden judicial.

Si el niño menor de edad tiene quince años o más, Health Solutions West, a solicitud de un padre o tutor legal, sin el consentimiento del menor, puede informar al padre o tutor legal solo de los servicios prestados o necesarios. La divulgación de información sobre los servicios no se considerará una renuncia al derecho del menor a comunicaciones privilegiadas ni una violación del deber de confidencialidad de Health Solutions West.

Podré/podremos solicitar en cualquier momento que se revoque esta autorización. En cualquier caso, la autorización expira cuando se cierra el caso. La expiración o revocación de esta autorización no renuncia a ningún privilegio.

Declaro/declaramos bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del tutor legal n.º 1

Fecha

Firma del tutor legal n.º 2

Fecha