



CONSENTIMIENTO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Yo _____, en mi capacidad como

(Circule uno) **Madre** **Padre** **Representante Legal**

Otro: (por favor, especifique la relación con el niño) _____

del niño abajo nombrado, doy consentimiento a un examen físico con respecto al alegato o sospechas de maltrato, y si es necesario, para obtener pruebas, evidencia y ofrecer tratamiento. Este procedimiento me ha sido totalmente explicado, y entiendo que este examen puede incluir la observación clínica para determinar si hay hallazgos de abuso físico o sexual o ambas y análisis para enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, doy mi consentimiento para fotografías o radiografías de cualquier hallazgo significativos. Autorizo el uso de estas fotografías o radiografías por esta institución o su personal, para fines médicos, de enseñanza y/o legales. Comprendo perfectamente la naturaleza del examen y la información médica obtenida por este medio puede ser utilizada como evidencia en un tribunal o en relación con la aplicación de las leyes y normas de salud pública. Doy mi consentimiento a pruebas del anticuerpo VIH si es considerado necesario por el médico. Entiendo que si se hace la prueba del VIH, información con respecto a esa prueba se me explicara por el médico. Entiendo un positivo o negativo de la prueba debiera ser confirmado o repetido en una fecha posterior.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento del niño nombrado como se describió anteriormente.

 Firma del padre/representate legal Nombre escrito Fecha: _____

 Firma del padre/representate legal Nombre escrito Fecha: _____

 Firma del padre/representate legal Nombre escrito Fecha: _____



AUTORIZACION Y DIFUNDIMIENTO

Yo autorizo _____ a difundir mi información médica

Nombre de la institución

relacionada con este incidente:

Oficina Estatal de Asistencia a las Víctimas (SOVA)

Departamento de Servicios Sociales

Policía

Servicios de Prevención Basados en la Comunidad

Guardián ad Litem

Abogado Fiscal

y eximir a esta institución y su personal, de cualquier y toda responsabilidad y reclamación que puedan resultar de la manera de la entrega de tal información.

También autorizo la difusión de información médica a:

Médico Privado

Proveedor de salud mental

Centro de Abogacía para Niños

Otro *Especificar* _____

para el tratamiento continuo y diagnóstico de este niño.

Pido y autorizo a la oficina de estado de victimas para asignar el pago de servicios médicos prestados en nombre de este niño:

Nombre de la institución _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo permito que una copia de esta autorización pueda ser utilizada. Entiendo que tengo el derecho a retirar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a esta institución. Entiendo que el retiro de esta autorización no será válida por cualquier acción tomada antes de esta notificación. Sin una notificación por escrito para retirar esta autorización, la misma vencerá a 1 año de la fecha del servicio médico.

Nombre del niño: _____ Fecha nacimiento: _____ Seguro Social: _____
(Los ultimo 5 numeros)

Dirección _____

Numero de teléfono: _____

Al firmar, acepto la autorización y liberación de información médica del niño nombrado como se describió anteriormente.

Firma del padre / representante legal

Nombre escrito

Fecha: _____

Firma del padre / representante legal

Nombre escrito

Fecha: _____

Firma del testigo

Nombre escrito

Fecha: _____