

Como regla general, solicitamos el consentimiento del padre, madre o tutor(a) legal con el objetivo de brindar atención médica a menores de edad (menores de 18 años). Entendemos que no siempre es posible que el padre, madre o tutor(a) legal del/la menor de edad asistan a la cita. Sin embargo, no podemos brindar atención a los/las menores de edad que se presenten en la clínica solos o solas o acompañados(as) de una persona adulta que no sea el padre, madre o tutor(a) legal en caso de no poder contactarlo(a) o por no tener el consentimiento para brindar el tratamiento.

Firmar el siguiente formulario de Consentimiento avanzado para brindar tratamiento a menores de edad garantiza que brindemos atención médica a su hijo(a) considerando estas circunstancias. El formulario firmado se integrará al expediente médico de su hijo(a) para utilizarlo cuando sea necesario. El consentimiento será válido hasta que se solicite su revocación por escrito. Puede solicitar el formulario de revocación a cualquier miembro de nuestro personal.

De conformidad con la ley del estado de Washington, los/las menores de edad tienen derecho a otorgar su consentimiento para cierta atención médica sin contar con el consentimiento del padre, madre o tutor(a):

- Si el/la menor de edad se emancipó (independizó legalmente) o está casado(a) con una persona mayor de 18 años.
- De ser necesario en caso de emergencia.
- Por métodos anticonceptivos y atención médica relacionada con el embarazo a cualquier edad.
- Por tratamiento ambulatorio por abuso de drogas o alcohol iniciando a la edad de 13 años.
- Por tratamiento ambulatorio de salud mental iniciando a la edad de 13 años.
- Por enfermedades de transmisión sexual, incluyendo entre otras, VPH y VIH/SIDA, iniciando a la edad de 14 años.

En todo momento motivamos a los pacientes menores de edad para que involucren al padre, madre, tutor(a) o cualquier otro adulto de confianza en los temas relacionados con la atención médica, si el/la menor otorga su consentimiento para recibir la atención de acuerdo con la ley, él o ella pueden solicitar total confidencialidad. En ese caso, tenemos prohibido divulgar la información a cualquier persona, incluyendo al padre, madre, tutor(a), sin el expreso consentimiento por escrito del/la menor.

Si tiene alguna duda relacionada con esta información, comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo(a).

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO AVANZADO PARA BRINDAR TRATAMIENTO A MENORES DE EDAD

Nombre del/la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del/la paciente: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, el padre, madre o tutor(a) legal del/la paciente mencionado(a) anteriormente, otorgo mi autorización y consentimiento para que mi hijo(a) reciba el tratamiento médico de rutina o de emergencia cuando se considere necesario por parte del personal médico calificado.

Esta autorización será válida hasta que sea revocada por escrito por mí o cuando el/la paciente cumpla 18 años.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor(a) legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del padre, madre o tutor(a) legal