

Consentimiento para el tratamiento a pacientes menores sin la presencia del padre,
de la madre o del tutor legal
(Consent to Treat Minor Patient without Parent or Legal Guardian Present)

Por ley, un menor de 18 años debe tener el consentimiento del padre, de la madre o del tutor legal para recibir tratamiento dental. En UTHealth Houston School of Dentistry, los menores deben estar acompañados de un adulto autorizado, quien debe quedarse en la sala de espera y estar disponible durante la cita dental del paciente menor. Si un menor llega a una cita con un adulto responsable que no sea el padre/madre o tutor legal, debemos tener un permiso por escrito del padre/madre o tutor legal que indique que usted ha autorizado al adulto responsable a actuar en nombre del padre, de la madre o del tutor legal. Para las ocasiones en las que usted no esté con su hijo, complete el Formulario de consentimiento de representante para el tratamiento dental de un menor.

1. Complete el **Formulario de consentimiento de representante para el tratamiento dental de un menor**.
2. El paciente o el tutor legal debe completar el formulario.
3. Envíe el formulario completo mediante uno de estos métodos:
 - Durante la consulta en UTHealth Houston School of Dentistry:
 - Administración de información médica
 - Recepción 1.º y 2.º piso
 - Sala de coordinadores de atención al paciente 2.º piso
 - Por correo a 7500 Cambridge Street, Suite 1332, Houston, TX 77054
 - Por fax al) 713-486-4322
 - Por correo electrónico a dentalrecords@uth.tmc.edu
4. Debe enviar una copia de una identificación con foto emitida por el gobierno del padre, de la madre o del tutor legal con el formulario completo.
5. Se le pedirá una identificación con foto emitida por el gobierno del adulto responsable autorizado durante la cita del paciente menor.

Si un paciente menor de edad viene a la clínica con un adulto responsable que no sea su padre/madre o tutor legal, se debe guardar en el expediente un Formulario de consentimiento de representante completo para tratamiento dental de un menor con las identificaciones con foto requeridas. Si el formulario de consentimiento no está disponible, no está en el expediente o no se puede validar, se volverá a programar la cita.

Formulario de consentimiento de representante para tratamiento dental de un menor.
 (Menor de 18 años)
 (Proxy Consent Form for Dental Treatment of a Minor (Under the age of 18))

Información del paciente (Patient Information)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (Name): _____ (DOB): _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 (Address): _____ (City): _____ (State): _____ (Zip Code): _____

Delegación de poder del padre, de la madre o del tutor (Delegation of Power by Parent/Guardian)

Yo, _____ el padre/la madre/el tutor del menor mencionado arriba, por el presente autorizo a las personas de abajo a dar su consentimiento para el tratamiento dental del paciente en mi nombre. Esta atención incluye, entre otros, exámenes y pruebas dentales, radiografías y tratamiento, incluyendo cirugías, anestesia, tratamiento para aliviar el dolor y tratamiento en caso de una emergencia médica.

1. _____
 Nombre (en letra de molde) (Name Please Print) Teléfono (Telephone) Relación con el paciente (Relationship to Patient)
2. _____
 Nombre (en letra de molde) Teléfono Relación con el paciente

Aviso de autorización y firma (Authorization Notice and Signature)

1. Tengo el derecho legal a dar mi consentimiento para el tratamiento médico/dental del menor (paciente) mencionado arriba.
2. He delegado el derecho de dar mi consentimiento a un adulto legal y médicamente competente.
3. Entiendo que esta autorización entra en vigor desde la fecha de la firma y es válida hasta que se revoque.
4. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito con fecha, y que dicha revocación no afecta las medidas que se hayan tomado en base a la misma
5. Entiendo que esta delegación incluye recibir información médica protegida del menor que sea necesaria para tomar decisiones de atención médica o dental. Entiendo que en la medida en que cualquier destinatario de esta información, como se identificó arriba, no sea una "entidad cubierta", cualquier revelación de información implica la posibilidad de una nueva revelación no autorizada, y es posible que la información no esté protegida por las leyes de privacidad federales o de Texas.

 Firma de padre/madre/tutor (Signature of Parent/Guardian) Nombre en letra de molde (Printed Name) Fecha (Date)

 Información de contacto: N.º de teléfono de la casa N.º de celular N.º de teléfono del trabajo
 (Contact Information: Home#) (Mobile#) (Work#)

Se requiere una identificación con foto de padre/madre/tutor
 (Photo Identification of Parent/Guardian Required)

Pegar aquí
 (Attach Here)