

**ATLANTA WOMEN'S HEALTH GROUP, P.C. ("AWHG")**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE MENOR PARA TRATAMIENTO  
(Bajo Circunstancias Limitadas)**

Según la ley de Georgia, un(a) menor (cualquier persona menor de 18 años de edad) puede dar su consentimiento al tratamiento en determinadas circunstancias. En circunstancias en que el(la) menor tiene el derecho legal de consentimiento, la ley de Georgia prohíbe la liberación de los expedientes médicos del( de la) menor para dicho tratamiento sin el consentimiento escrito del menor salvo para el tratamiento de las enfermedades venéreas. Los proveedores de salud y las instalaciones están autorizados a informar al/la cónyuge, padre, custodio o tutor de un menor de edad en cuanto al tratamiento que se dá o que es necesario para una enfermedad venérea. Esta información puede darse incluso por encima de la negativa expresa del(de la) menor.

I, \_\_\_\_\_, Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_ (diagnostico especifico, tratamiento médico y / o tratamiento quirúrgico para ser prestados por proveedores de AWHG). Yo entiendo que sólo puedo dar mi consentimiento para el tratamiento por el que tengo la autoridad legal. Por ejemplo, si soy menor de edad y madre soltera, sólo puedo dar mi consentimiento a un tratamiento para mi hijo. Yo no puedo consentir a un exámen de rutina / anual por mí misma. Tengo la autoridad legal de consentimiento para el tratamiento antes mencionados porque soy (marque uno o más de los siguientes):

- Una menor emancipada (emancipada por la corte (debe proporcionar una orden judicial).** Significa que estoy emancipada legalmente en libertad por un tribunal de control parental y la supervisión. Yo no vivo con mis padres y no recibo ninguna ayuda financiera de mis padres. Yo puedo I consentir al tratamiento para mí.
- Casada, divorciada o viuda (adjunta una copia del documento de la corte).** Yo puedo consentir al tratamiento para mi..
- Una madre.** Sólo puedo consentimiento para el tratamiento de mi hijo. No puedo consentir al tratamiento para mí.
- Embarazada.** Sólo puedo dar consentimiento para el tratamiento de mi embarazo. No puedo consentir al tratamiento por cualquier otra razón.
- Consentimiento para el tratamiento de las enfermedades venéreas** - en particular la sífilis, la gonorrea y la chancroid. No puedo consentir al tratamiento por cualquier otra razón.
- Consentimiento para el tratamiento relacionado con la planificación familiar (control de la natalidad y / o embarazo).** No puedo consentir al tratamiento por cualquier otra razón.

\_\_\_\_\_  
Firma de la menor (paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE MENOR PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Muchas veces se nos pide dar a los miembros de la familia u otras personas información sobre los resultados de pruebas, etc, especialmente si Ud. no está disponible para recibirlos. Usted puede decidir quién puede recibir información sobre su tratamiento y / o pruebas referente a cualquier tratamiento que usted está legalmente autorizada a dar su consentimiento (enumerados anteriormente) . Si desea que le demos información sobre su tratamiento y / o resultados de las pruebas a familiares o amigos, por favor provea el nombre y la relación con usted y qué tipo de información cada persona pueda recibir.

Por favor, entienda que si usted está cubierto por el seguro de sus padres, debemos ser capaces de revelar su información a la compañía de seguros y a sus padres para el tratamiento y / o pruebas de pago. Si usted se niega a permitir que la información sea liberada, usted tendrá que pagar por los servicios en su totalidad antes de que los servicios serán proporcionados.

Name	Relación con Ud.						
		<input type="checkbox"/> _Toda la información	<input type="checkbox"/> _Información de Factura	<input type="checkbox"/> _ VD's	<input type="checkbox"/> _ BC	<input type="checkbox"/> _ Embarazo	<input type="checkbox"/> _Citas
		<input type="checkbox"/> _Toda la información	<input type="checkbox"/> _Información de Factura	<input type="checkbox"/> _ VD's	<input type="checkbox"/> _ BC	<input type="checkbox"/> _ Embarazo	<input type="checkbox"/> _Citas

**Toda la Información:** la información en los archivos relacionados con usted, incluyendo pero no limitado a enfermedades de transmisión sexual, BC, eEmbarazo y citas; **Información de factura:** la información necesaria para obtener el pago de su tratamiento (incluye la razón para el tratamiento); **VD's::** información relacionada con las enfermedades venéreas; **Embarazo:** la información relacionada con el embarazo; **BC:** información relacionada con el control de la natalidad; **Citas:** la información sólo se refieren a horas de las citas y fechas

Con la firma de este acuerdo, reconozco que he leído detenidamente, comprendido y aceptado los términos y condiciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del menor (paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha