

ATLANTA WOMENS HEALTH GROUP, P.C. ("AWHG")
CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR LEGAL PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Según la ley de Georgia, un padre o tutor legal debe dar su consentimiento para el tratamiento de un menor (cualquier persona menor de 18 años de edad), excepto bajo ciertas circunstancias.

Yo, el abajo firmante, como el padre o tutor legal de _____,
Fecha de Nacimiento: _____ (del "Menor") tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento para el tratamiento de este(a) menor. Por la presente autorizo dicho diagnóstico, tratamiento médico y/o quirúrgico ,hacia el menor, que se consideren necesarios o apropiados bajo las circunstancias para el tratamiento de cualquier condición médica, con excepción de lo que se describe a continuación. Estoy de acuerdo en que el tratamiento puede ser proporcionado en mi ausencia. Este consentimiento permanecerá en efecto a menos que sea revocado por escrito.

Identificar las limitaciones en los tipos de servicios médicos para los cuales se da esta autorización. Si no, indique "ninguno".

Además, tengo el derecho a delegar su consentimiento a una toma de decisiones de proxy (la "representación"), que es un adulto y legalmente y mentalmente competente para ejercer la autoridad que delega. Si la naturaleza de la atención médica no es habitual, por favor trate de ponerse en contacto conmigo en relación con la atención de la salud de mi hijo en el siguiente número de teléfono. Si usted no puede bajo ningún motivo a ponerse en contacto conmigo, puedes confiar en el proxy para el consentimiento. Tenga en cuenta que la información protegida de salud del paciente puede ser compartida con el proxy para facilitar la toma de decisiones informada.

Padre / Tutor Legal Nombre : _____

Relación con el Menor: _____

Nombre del Proxy: _____

Número de Contacto Proxy: _____

Firma del Padre o Tutor Legal

Nombre del Padre o Tutor Legal

Número de contacto del Padre o Tutor Legal

Fecha

