

Formulario de Consentimiento de los Padres

Proteger a sus hijos mientras usted viaja demanda más que conseguir a una niñera o a un familiar para que los cuiden. Para estar seguro, usted debe proporcionar una autorización escrita a un adulto responsable para que apruebe cualquier tratamiento médico de emergencia necesario para sus niños para cuando usted esté viajando sin ellos, o para cuando ellos estén viajando sin usted.

Al menos que las lesiones de un niño sean potencialmente letales, ni los médicos, ni el personal del hospital, le pueden dar tratamiento sin consentimiento legal de los padres, o de los tutores. Como resultado, su niño puede sufrir malestares innecesarios esperando mientras lo localizan para que usted apruebe la sutura de una herida o el tratamiento de un brazo quebrado.

Cada vez que usted o su niño viaje fuera de la ciudad por separado, complete el formulario y suministre la información que se pide adentro de este folleto. Cada vez que usted viaje fuera de la ciudad es necesario que diligencie un nuevo formulario de consentimiento, fechado por separado. Por favor, pídale al adulto designado en el formulario de consentimiento que mantenga este documento listo y accesible. Se debe llevar al hospital, o a la oficina del doctor, si el niño requiere atención médica. Los formularios en blanco se pueden duplicar para usos personales.

Children's Hospital of Illinois

El Children's Hospital of Illinois está incentivado por la misión de proporcionar atención médica pediátrica, integral y amplia, a niños, desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, en Illinois. Como centro de atención de salud infantil de primer nivel, abordamos las necesidades espirituales, emocionales y físicas de nuestros pacientes pediátricos basados en tres principios:

- Los niños son únicos y tienen necesidades especiales.
- La enfermedad de un niño afecta a toda la familia.
- Las enfermedades en la niñez interfieren con un crecimiento y desarrollo normal.

Nuestro objetivo es asegurarnos que el Children's Hospital of Illinois satisfaga no solamente las necesidades de nuestros pacientes, sino también las de sus familias. En un esfuerzo por lograr esto y proporcionarle a su niño el mejor cuidado, hemos adoptado el siguiente formulario de consentimiento para su conveniencia.



Para preguntas sobre los formularios de consentimiento médico o sobre otro tema relacionado con la protección de los niños, contacte al Centro de Defensa del Children's Hospital of Illinois llamando al 877-277-6543



530 NE Glen Oak Ave., Peoria, Illinois 61637
childrenshospitalofillinois.org

Guía para los Padres sobre los:

Formularios de Consentimiento Médico



Información Requerida

Doctor general: _____

Teléfono: _____

Seguro Médico

Compañía aseguradora: _____

Identificación/número de póliza: _____

Nombre del afiliado: _____

Número de la cuenta: _____

Historial Médico

Alergias (incluyendo alergias a medicamentos):

Enfermedades crónicas o existentes, o problemas médicos (ej: asma, diabetes, epilepsia):

Medicamentos que está tomando su niño en la actualidad:

Fecha de la última vacuna o refuerzo para el tétano:

En caso de emergencia, se puede contactar a los padres o al tutor en:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Consentimiento para el Tratamiento Médico de un Menor de Edad

Yo, _____
(nombre(s) del padre(s) / tutor(es))

(dirección, ciudad, estado)

doy mi autorización a _____
(nombre(s))

(dirección, ciudad, estado)

Para que cuide(n) temporalmente al siguiente niño, _____
(nombre y fecha de nacimiento)

Este poder de autoridad temporal comienza el _____
(fecha)

y permanecerá en efecto hasta el _____
(Fecha – este poder puede permanecer válido hasta por 1 año)

Los padres o tutores cuyos nombres se mencionan arriba tienen los siguientes poderes:

1. El poder de buscar atención o tratamiento médico apropiado en nombre del niño, como lo requieran las circunstancias, incluyendo, pero no limitándose a visitas médicas u hospitalarias.
2. El poder de recibir información médica.
3. El poder de autorizar el tratamiento médico o procedimientos médicos en una situación de emergencia.
4. El poder de _____

Fecha y hora: _____

Firma: _____
(padre(s) o tutor(es) legal(es))

Nombre en letra impresa: _____
(padre(s) o tutor(es) legal(es))

Testigo: _____
(personal de la oficina o notario)