



Confirmación de la toma de decisiones médicas para un menor de edad

Deberá completarse este formulario para todas las personas que deseen recibir tratamiento y que tengan 17 años de edad o menos.

www.summitstonehealth.org

Sírvase devolver el formulario completado a **SummitStone Health Partners Attn: Access Center**

1250 N. Wilson Ave. Loveland, CO 80537 • Fax (970) 300-3118 • Phone: (970) 494-4200

SUMMITSTONE_ACCESS_CLINICIANS@SummitStonehealth.org

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Yo, _____, declaro y atestiguo que puedo consentir legalmente al tratamiento médico, de salud mental y/o de abuso de sustancias químicas para el menor de edad indicado más arriba de acuerdo con la siguiente autoridad:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soy la persona en cuestión (al menos 15 años para recibir servicios de salud mental o abuso de sustancias) | <input type="checkbox"/> Soy uno de los padres biológicos o adoptivos |
| <input type="checkbox"/> Soy la persona en cuestión (al menos 12 años para servicios de psicoterapia por Título 12 C.R.S. profesional de salud mental) | <input type="checkbox"/> Pertenezco al Departamento de Servicios Humanos (DHS) |
| | <input type="checkbox"/> Soy el tutor/custodio legal/otro |

Procedimientos de divorcio u otros procedimientos legales

¿Ha habido algún procedimiento o acción legal que hubiera afectado la autoridad de toma de decisiones con respecto al menor de edad, incluido sin limitarse a: procedimiento de divorcio, procedimiento de separación legal, procedimiento de paternidad, terminación o limitación de los derechos parentales, o una asignación de la custodia/tutoría legal?

Sí No

Documentación

La persona que firma esta declaración deberá adjuntar documentos que verifiquen su autoridad legal de tomar decisiones médicas con respecto al menor de edad, a menos que la persona que firma sea el menor, o que la persona que firma sea uno de los padres biológicos o adoptivos del menor de edad y no hayan habido procedimientos o acciones legales que hubieran afectado su autoridad de toma de decisiones con respecto al menor de edad.

Se requiere una firma para que la información incluida en este formulario pueda considerarse válida.

Firma del padre/madre/tutor/cliente: _____ **Fecha:** _____

Relación con el menor de edad: _____

Firma del padre/madre/tutor/cliente: _____ **Fecha:** _____

Relación con el menor de edad: _____