



Autorización para servicios a menores de edad

Nombre del Cliente: _____ **Edad:** _____ **No. Identificación:** _____

Yo/Nosotros autorizo (autorizamos). A Mind Springs Health, a proveer servicios de salud mental, para el paciente menor de edad mencionado en esta forma.

Yo/Nosotros entendemos que para jóvenes menores de 15 años, solamente los padres, tutores y otras personas con dicha autoridad para hacer decisiones medicas puedan decidir que el menor reciba atención médica.

Yo/Nosotros tengo (tenemos) la autoridad para autorizar tratamiento para el paciente menor de edad mencionado en esta forma. (Por favor ponga sus dos iniciales en las partes que correspondan a su derecho de autorizar tratamiento para el menor de edad.

_____ Yo/Nosotros, soy/somos el/los padres biológico(s) del menor.

_____ Yo/Nosotros, Tengo/tenemos el derecho y autorización de hacer decisiones médicas para el menor de edad debido a una orden decretada por el corte. (Documentos de autorización de Tutoría, una orden del corte para proveer tratamiento, o otro autorización para hacer decisiones medicas es requerido).

_____ Yo/Nosotros, soy/somos el/los que son responsables para el cuidado de este niño y los padres biológicos no son disponibles para proveer su permiso para el cuidado a pesar de mis/nuestros esfuerzos para hacer contacto con ellos. Yo/Nosotros entendemos que este autorización es valido solamente para citas de terapia, y que ningún servicio psiquiatrico o tratamiento residencial se proveerán sin documentación que prueba que un tutor se estableció por orden del corte. (Documentacion del petición al corte será requerida).

Firmando este consentimiento de autorización, Yo/Nosotros, entiendo (entendemos) que no se permite obtener acceso a la información y expediente del paciente menor de edad, en cualquier procedimiento legal que determine los mejores intereses del menor de edad,. Porque ya que el menor de edad tiene el derecho y privilegio a comunicaciones confidenciales. Yo/Nosotros también entendemos que en ningún momento Mind Springs Health, puede proporcionar el expediente del menor, en cualquier tipo de procedimiento legal, sin obtener autorización jurídica.

Si el menor de edad, ya cumplió quince años o es mayor de quince años, Mind Springs Health, sin el consentimiento del menor de edad, no tiene permiso de divulgar información a los padres o Tutor legal, solo se hablaría de recibir o dar servicios que se requieran. Divulgación de información en referencia de servicios rendidos al menor de edad no se considera renunciar a los derechos y privilegios de comunicación, tampoco se considera una infracción a los derechos del menor de edad, y el privilegio de comunicación, o una violación de Mind Springs Health, sobre la confidencialidad del menor de edad.

Yo/Nosotros podemos pedir en cualquier momento, que se anule esta autorización. Si en cualquier momento esta autorización se vence cuando el caso se cierra. La fecha de vencimiento y la anulación de esta autorización no pueden violar ningún privilegio del paciente menor de edad.

Yo/Nosotros declaro (declaramos) bajo pena de perjurio que lo antedicho es correcto y verdadero.

Fecha

Fecha