



## Autorización de Servicios Ambulatorios de Menores

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ # Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de Guardián Legal #1 \_\_\_\_\_

Nombre de Guardián Legal #2 \_\_\_\_\_

Yo autorizo/nosotros autorizamos a Mind Springs Health que le provee servicios de salud mental al menor nombrado. Yo comprendo/nosotros comprendemos que para que menores bajo la edad de 15 años, solo los padres u otra persona con autorización sobre decisiones médicas pueden autorizar tratamiento. Yo tengo/nosotros tenemos la autorización de autorizar tratamiento para el menor nombrado porque: *(Iniciales en la línea apropiada sobre su autorización para autorizar tratamiento para el menor).*

\_\_\_\_\_ Yo soy el /nosotros somos los padre(s) naturales o adoptivos del menor. Yo atesto que no hay ordenes por parte de la corte que limite mi autorización de autorizar tratamiento para el menor, y no hay ordenes de corte que permitan que otros individuos tengan responsabilidad de tomar decisiones médicas para este menor; o

\_\_\_\_\_ Yo tengo /nosotros tenemos autorización conjunta de tomar decisiones médicas para este menor por orden de la corte o decreto de orden judicial. *(Documentacion sobre custodia legal, órdenes judiciales para tratamiento, u otro documento de responsabilidad con autorización de tomar decisiones médicas es requerido, y servicios de psiquiatría no serán provistos sin la consulta de toda persona autorizada de tomar decisiones); o*

\_\_\_\_\_ Yo tengo/nosotros tenemos responsabilidad única de tomar decisiones médicas para este menor de acuerdo a una orden de la corte o decreto de orden judicial. *(Documentacion sobre custodia legal, órdenes judiciales para tratamiento, u otro documento de responsabilidad con autorización de tomar decisiones médicas es requerido); o*

\_\_\_\_\_ Yo soy/ nosotros somos el/los encargado(s) primario(s) de este menor y los padres o guardián legal no están disponibles para proveer consentimiento, a pesar de mis/nuestros esfuerzos de comunicarme (nos) con ellos. Yo comprendo/nosotros comprendemos que este consentimiento es válido solo para terapia ambulatoria, y que servicios de psiquiatría no serán provistos sin documentación de guardián legal otorgado por la corte. *(Documentacion de petición para guardián legal o Poder Medico notariado es requerido.)*

Al firmar esta autorización, yo comprendo/nosotros comprendemos que yo no puedo/nosotros no podemos solicitar acceso al expediente de este menor en conexión con algún proceso legal involucrando una determinación sobre el mejor interés de este menor porque este menor tiene derecho a comunicación privilegiada y confidencial. Yo comprendo/nosotros comprendemos que Mind Springs Health no proveerá el expediente de este menor en ese tipo de procedimiento legal sin una autorización valida u orden de corte.



Si el menor tiene la edad de quince años o más, Mind Springs Health, al obtener solicitud de un padre o guardián legal, puede divulgar información al padre o guardián legal, sin el consentimiento del menor, solo sobre los servicios otorgados o necesarios. Una autorización para divulgar información sobre servicios no será considerada un renuncio a los derechos del menor a comunicación privilegiada o incumplimiento de Mind Springs Health de su deber a confidencialidad.

Yo puedo/nosotros podemos solicitar, en cualquier momento, que esta autorización sea revocada. En todo caso, la autorización se vence cuando se cierre el caso. Vencimiento o revocación de esta autorización no será considerada un renuncio a ningún privilegio.

Yo declaro/ nosotros declaramos bajo pena de perjurio que lo anterior es cierto y correcto.

---

---

Fecha

---

---

Fecha