



# Consentimiento para tratar a un menor no acompañado

Consent to Treat Unaccompanied Minor (Spanish)

Form content retained in medical record.

Route to HIMS Scanning.

**TO BE  
SCANNED**

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

**Instrucciones:** Contar con una autorización previa puede resultar más práctico para poder brindar atención médica a un menor de manera directa cuando los padres o responsables legales no puedan estar presentes antes del tratamiento. Si desea autorizar dicho tratamiento para su hijo menor de edad, revise la siguiente autorización para tratamiento y complete la información que se solicita. Este consentimiento aplica únicamente a servicios de atención médica de rutina (como exámenes generales, vacunaciones, enfermedades leves), pero no sirve para autorizar procedimientos invasivos de diagnóstico o tratamiento, para los cuales se requiere un consentimiento específico, salvo en casos de emergencia. Tenga en cuenta que, para facilitar la toma de decisiones informadas, es posible que se comparta información médica confidencial del paciente con la persona responsable designada.

**Instructions:** It may be more convenient to have prior authorization in place so that medical care may be delivered directly to minors if a parent or legal decision maker cannot be present prior to treatment. Review the following authorization for treatment and complete the information if you want to authorize such treatment for your minor child. This consent applies only to routine medical care (for example, general examinations, vaccinations, minor illnesses) and does not authorize invasive diagnostic or treatment procedures, which require specific consent, absent an emergency. Be advised that protected patient health information may be shared with the designated decision maker to facilitate informed decision making.

## Autorización Authorization

Tengo/Tenemos el derecho legal de darles la autorización previa a estas instalaciones para que brinden tratamiento médico a mi/nuestro hijo. Solicito y autorizo a/Solicitamos y autorizamos a (proveedor de atención médica o instalaciones de atención médica) _____ y a su personal para que brinden atención médica a mi/nuestro hijo, cuyos datos se indican a continuación: I/We have the legal right to preauthorize this facility to deliver medical treatment to my/our child. I/We request and authorize (provider or health care facility) _____ and its personnel to deliver medical care to my/our child listed below:	
Nombre del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido) Child Name (First, Middle, Last)	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Medicamentos Medications	
Alergias Allergies	
Nuestra familia recibe atención médica continua de (proveedor de atención médica o instalaciones de atención médica) Our family receives ongoing care from (provider or health care facility)	



# Consentimiento para tratar a un menor no acompañado (continuación)

Consent to Treat Unaccompanied Minor (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

## Limitaciones

### Limitations

Identifique el tipo de servicio médico para el que se da esta autorización.  
Identify the type of medical services for which this authorization is given.

---

Identifique el período de autorización. **Desde el** \_\_\_\_\_ (mm-dd-aaaa) **hasta el** \_\_\_\_\_ (mm-dd-aaaa)  
Identify the time frame for this authorization **From** \_\_\_\_\_ (mm-dd-yyyy) **Through** \_\_\_\_\_ (mm-dd-yyyy)

(Este consentimiento será válido durante un año a partir de la fecha de su firma, a menos que se establezca lo contrario).  
(This consent will be valid for one year from date of signature unless stated differently.)

Entiendo/Entendemos que puedo/podemos revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante un comunicado por escrito dirigido a (proveedor de atención médica o instalaciones de atención médica):  
I/We understand I/we may revoke this consent at any time in writing to (provider or health care facility):

## Información de contacto

### Contact Information

Si es necesario brindar atención médica urgente a mi/nuestro hijo, primero traten de comunicarse conmigo/con nosotros a los siguientes números de teléfono para hablar al respecto.

Si no logran hacerlo por el motivo que fuere, pueden disponer del consentimiento de la persona responsable designada.

If urgent medical care is needed, first try to contact me/us regarding the health care of my/our child at the following phone number(s).

If you are unable, for any reason, to contact me/us, then you may rely on the designated decision maker for consent.

### Teléfonos del padre o la madre 1

#### Parent 1 Phone(s)

### Teléfonos del padre o la madre 2

#### Parent 2 Phone(s)

De día Daytime	De noche Evening	Móvil Mobile	De día Daytime	De noche Evening	Móvil Mobile

## Firmas

### Signatures

Firma del padre, la madre o el tutor legal 1 Parent or Legal Guardian 1 Signature		Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)	Hora (hh:mm) Time (hh:mm)
<input type="checkbox"/> a. m. / am <input type="checkbox"/> p. m. / pm			
Nombre del padre, la madre o el tutor legal 1 en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Parent or Legal Guardian 1 Printed Name (First, Middle, Last)			
Firma del padre, la madre o el tutor legal 2 Parent or Legal Guardian 2 Signature		Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)	Hora (hh:mm) Time (hh:mm)
<input type="checkbox"/> a. m. / am <input type="checkbox"/> p. m. / pm			
Nombre del padre, la madre o el tutor legal 2 en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Parent or Legal Guardian 2 Printed Name (First, Middle, Last)			
<input type="checkbox"/> Conversación telefónica con el padre, la madre o el tutor legal Phone Conversation with parent or legal guardian	Firma del representante clínico Clinic Representative Signature	Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)	
	Nombre del representante clínico en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido) Clinic Representative Printed Name (First, Middle, Last)	Hora (hh:mm formato de 24 horas) Time (hh:mm 24-hour clock)	