



## CONSENTIMIENTO RESPECTO A TRATAMIENTO MÉDICO PARA MENORES DE EDAD QUE RECIBEN ANTICONCEPCIÓN

Información del Paciente Menor de Edad. Todas las referencias sobre “Paciente Menor de Edad” en este Consentimiento se refieren al paciente mencionado a continuación.

Nombre completo:
Fecha de nacimiento y edad:
Núm. de registro médico:

### SECCIÓN A. CONSENTIMIENTO DEL (DE LA) PADRE (MADRE), CUSTODIO PRINCIPAL, TUTOR U OTRO ADULTO

Soy (marque una opción):

- Padre (Madre) del Paciente Menor de Edad.
- Custodio principal del Paciente Menor de Edad.
- Tutor del Paciente Menor de Edad. Se exige un comprobante de tutela.
- Otro (si NO SE PUEDE LOCALIZAR al (a la) padre (madre), custodio principal o tutor, complete la sección a continuación).

---

Nombres en letra de imprenta del (de la) padre (madre) o ambos padres, custodio principal, tutor u otro adulto

**Complete esta sección solo si NO SE PUEDE LOCALIZAR al (a la) padre (madre), custodio principal o tutor.**

No se puede localizar a la persona que tiene derecho a dar su consentimiento respecto a tratamiento médico para el Paciente Menor de Edad (padre, madre, custodio principal o tutor) y no ha notificado lo contrario.

Los nombres de uno o ambos padres o del tutor a los que no se puede localizar son los siguientes:

---

De conformidad con el Capítulo 32.001 del Código de Familia de Texas, puedo dar mi consentimiento respecto a tratamiento médico para el Paciente Menor de Edad. Soy (seleccione una opción):

- Abuelo(a).
- Hermano(a) adulto(a) del Paciente Menor de Edad.
- Tío(a) adulto(a) del Paciente Menor de Edad.
- Adulto responsable del Paciente Menor de Edad al amparo de una orden de un tribunal de menores.
- Institución educativa con autorización para dar consentimiento por parte de una persona que tiene derecho a dar consentimiento.



## HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

- Adulto con responsabilidad de cuidado, control o posesión y con autorización por escrito para dar consentimiento por parte de la persona que tiene derecho a dar consentimiento.
- Funcionario del orden público con custodia de un menor de edad que necesita tratamiento médico inmediato.
- Miembro del personal de la Comisión de la Juventud de Texas.

Doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud de la Ciudad de Houston brinde al Paciente Menor de Edad tratamiento médico confidencial con respecto a la evaluación, las pruebas y el tratamiento apropiados y relacionados con anticoncepción (incluyendo un medicamento o dispositivo para control de natalidad o Anticoncepción Temprana [“EC”, por sus siglas en inglés] [p. ej., Plan B] y otros métodos EC que contienen levonorgestrel). Además, doy mi consentimiento para permitir que el Paciente Menor de edad otorgue su consentimiento informado para el método anticonceptivo de su elección como parte del tratamiento médico confidencial y renuncio a mi derecho a revisar y firmar un formulario de consentimiento respecto al método anticonceptivo que elija el Paciente Menor de Edad. El Departamento de Salud de la Ciudad de Houston le facilitará al Paciente Menor de edad una ficha informativa que señala los riesgos, los beneficios y las alternativas al método anticonceptivo u otro servicio médico. El Paciente Menor de Edad tendrá la oportunidad de revisar la ficha informativa y se le brindará la oportunidad de hacer preguntas sobre el método anticonceptivo recomendado u otros servicios médicos. Entiendo que, si las pruebas para ciertas infecciones de transmisión sexual son positivas, la notificación de resultados positivos a las agencias de salud pública es exigida por ley y el Departamento de Salud de la Ciudad de Houston remitirá el resultado positivo. El Paciente Menor de Edad puede recibir remisiones para un diagnóstico o tratamiento adicional, de ser necesario. Entiendo que, si se necesita una remisión, es mi responsabilidad obtener y pagar esta atención médica. Al Paciente Menor de Edad se le informará cómo obtener atención en caso de una emergencia. No se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados que puedan obtenerse de los servicios médicos que el Paciente Menor de Edad pueda recibir del Departamento de Salud de la Ciudad de Houston.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud del Paciente Menor de Edad como se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de la Ciudad de Houston. También doy mi consentimiento para que el Paciente Menor de Edad acceda y/u obtenga copias de su información de salud sin mi consentimiento y como se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de la Ciudad de Houston. El Paciente Menor de Edad recibirá una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad y firmará una constancia reconociendo que el Paciente Menor de Edad la recibió. Entiendo que el Paciente Menor de Edad tiene derecho a recibir servicios gratuitos de intérpretes de idiomas como se describe en la Notificación de no Discriminación que recibirá el Paciente Menor de Edad. Estoy al tanto de que la confidencialidad del Paciente Menor de Edad podría quebrantarse si el Departamento de Salud de la Ciudad de Houston no puede comunicarse con este si se recibe un resultado anormal de una prueba o si se sospecha o detecta una afección potencialmente mortal.

Este consentimiento comienza en la fecha a continuación y permanece vigente, a menos que se revoque por escrito. Cualquier revocación de este consentimiento no entra en vigor con respecto al tratamiento



# HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

médico ya brindado, incluyendo la anticoncepción, o bien cualquier medida que haya tomado el Departamento de Salud de la Ciudad de Houston en función de este consentimiento.

Declaro bajo pena de perjurio que la información anteriormente facilitada es verdadera y correcta.

---

Nombre en letra de imprenta de  
la persona que obtiene el consentimiento

Firma

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta del  
miembro del personal

Firma

Fecha

## SECCIÓN B. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE MENOR DE EDAD

Soy (marque una opción):

- Un menor de edad casado.
- Un menor de edad emancipado.
- Una persona de 16 años en adelante que vive separada e independiente de mis padres, custodio principal y/o tutor, y gestiona sus propios asuntos financieros.
- Un menor de edad que no está casado y es padre (madre) de un menor de edad. Tengo la custodia de este menor de edad y puedo dar mi consentimiento respecto a atención médica para mi menor de edad. Entiendo que no puedo dar mi consentimiento para mi propio tratamiento, solo para el tratamiento de mi hijo menor de edad.

**Declaro bajo pena de perjurio que la información anteriormente facilitada es verdadera y correcta.**

Nombre en letra de imprenta del Paciente Menor de Edad, firma y fecha

---

Nombre en letra de imprenta del testigo, firma y fecha

---