



CONSENTIMIENTO PARA DAR TRATAMIENTO A UN MENOR DE EDAD NO EMANCIPADO

Nombre del paciente menor de edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- 1. Autoridad. Soy el padre/madre, tutor u otra persona legalmente autorizada por la ley de Idaho para dar mi consentimiento para servicios de atención médica para el paciente menor de edad según el Código § 32-1015 de Idaho.
2. Consentimiento para recibir tratamiento. Voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo a Primary Health Medical Group ("PHMG") y a sus médicos empleados o afiliados, proveedores de atención y personal (colectivamente "proveedores") a prestar servicios de atención médica al paciente menor de edad, incluyendo, entre otros, evaluación médica, diagnóstico y tratamiento; servicios de diagnóstico incluyendo análisis de laboratorio o procedimientos de radiología; receta y administración de medicamentos; consejería; y cualquier otro servicio de atención médica según se define en I.C. § 32-1015 y que el proveedor tratante considere razonablemente necesario y apropiado. Este consentimiento debe constituir un "consentimiento general" en el sentido de I.C. § 32-1015(4)(a) y no es necesario más consentimiento para autorizar dichos servicios de atención médica.
3. Información. El proveedor ha explicado la naturaleza de los servicios de atención médica propuestos, alternativas y sus riesgos y beneficios relacionados, o he renunciado a mi derecho de recibir dicha información. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron respondidas a mi satisfacción, o decliné hacer dichas preguntas. Si necesito más información sobre los servicios de atención médica, me comunicaré con PHMG o con el proveedor para discutir dichos servicios. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no me han hecho ninguna promesa ni me dieron ninguna garantía, ni pueden hacerlo, relacionada al resultado de los servicios de atención médica.
4. Responsabilidad financiera. Acepto que en definitiva soy responsable del pago de los servicios de atención médica prestados al paciente menor de edad y acepto cumplir las Políticas financieras de PHMG. Pagaré oportunamente cualquier copago, deducible u otras cantidades no cubiertas por el seguro aplicable o tercero pagador por cualquiera y todos los servicios de atención médica prestados al paciente menor de edad. Cooperaré con PHMG para obtener el reembolso de los servicios de atención médica de cualquier tercero pagador y por este medio cedo a PHMG el derecho de presentar reclamos de pago a terceros pagadores y retener dichos pagos. En la medida en que lo permita la ley, seguiré siendo responsable de cualquier cantidad no pagada por cualquier tercero pagador por los servicios de atención médica, incluyendo, entre otros, los costos relacionados con enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles definidas en I.C. § 39-3801. Si la cuenta del paciente menor de edad cae en mora, acepto pagar los intereses y cargos según las Políticas financieras de PHMG, incluyendo, entre otros, el cobro, los cargos de agencias de cobros, los cargos de abogados y los costos de tribunales.

Leí, entiendo y acepto lo mencionado arriba, y entiendo y reconozco que PHMG o sus proveedores prestarán servicios de atención médica basándose en este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre o tutor en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente menor de edad

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Número de cuenta del paciente (completado por la oficina)