

## INSCRIPCIÓN

Llene este formulario a lo mejor de sus conocimientos. En las partes que no le correspondan al paciente, escriba "N/A".

Nombre completo del paciente		<i>Nombres</i>		<i>Apellidos</i>		Fecha de nacimiento <i>MM/DD/AA</i>		<input type="checkbox"/> Menor de 18 años?							
Dirección postal		<i>Calle</i>		<i>Ciudad</i>		<i>Estado</i>		<i>Cod. postal</i>		<i>Condado</i>					
Domicilio		<i>Calle</i>		<input type="checkbox"/> Igual que la dirección postal		<i>Ciudad</i>		<i>Estado</i>		<i>Cod. postal</i>		<i>Condado</i>			
¿Vive en complejo de vivienda pública?		Raza (marque todo lo que corresponda)		Identidad étnica		Estado civil		Preferencia de idioma:							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No responde		<input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / latino <input type="checkbox"/> No responde		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
N° Seguridad Social o ITIN				Sexo		¿Es usted veterano?									
				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
¿Tiene seguro médico el paciente?				Aseguradora principal				Aseguradora secundaria							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si la respuesta es "No", pase a la Parte II.															

### Parte II - DATOS DE CONTACTO

1er teléfono		<input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Trabajo		2° teléfono		<input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Trabajo		Correo electrónico	
Contacto de emergencia: <i>Nombre</i>		<i>Relación</i>				<i>Teléfono</i>			
¿Cómo supo de nosotros?		<input type="checkbox"/> Familiar o amigo		<input type="checkbox"/> Albergue		<input type="checkbox"/> Depto. de salud		<input type="checkbox"/> Otro _____	
		<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Medios de comunicación		<input type="checkbox"/> Servicios sociales			
Nombre completo del garante		<i>Nombres</i>		<i>Apellidos</i>		Fecha de nacimiento <i>MM/DD/AA</i>			
<input type="checkbox"/> Igual que el del paciente (Padre, madre o tutor legal, si corresponde)									
Dirección del garante		<i>Calle</i>		<i>Ciudad, estado, cod. postal</i>					
N° Seguridad Social / ITIN		<i>Relación</i>				<i>Teléfono</i>			
						<input type="checkbox"/> Cel. <input type="checkbox"/> Res. <input type="checkbox"/> Trabajo			
El niño o menor de edad vive con:		<i>Empleador</i>				<i>Teléfono del trabajo</i>			

Encierre en un círculo el intervalo que indica el ingreso anual estimado de su hogar de acuerdo con el número de personas que viven en su casa. Wake Health Services, Inc. debe reportar estos datos al gobierno federal. Estos datos también nos facilitan entender las necesidades de las comunidades en las cuales prestamos servicios. En estos informes obligatorios no se revelará ningún dato que permita identificar a alguien. Se protegerá su anonimato.

N° de personas en el hogar	EJEMPLO:			
1	\$0 - \$11,670	<u>\$0 - \$11,670</u>	\$11,671 - \$17,505	\$17,506 - \$23,340
2	\$0 - \$15,730		\$15,731 - \$23,595	\$23,596 - \$31,460
3	\$0 - \$19,790		\$19,791 - \$29,685	\$29,686 - \$39,580
4	\$0 - \$23,850		\$23,851 - \$35,775	\$35,776 - \$47,700
5	\$0 - \$27,910		\$27,911 - \$41,865	\$41,866 - \$55,820
6	\$0 - \$31,970		\$31,971 - \$47,955	\$47,956 - \$63,940

### Dispensación y autorización / Declaración de firma en archivo

Por medio de la presente solicito, autorizo y consiento que se me dé asistencia médica, tal como procedimientos de diagnóstico, pruebas de VIH y tratamientos médicos correspondientes, para los problemas de salud por los cuales he solicitado los servicios de Wake Health Services, Inc. (Wake Health). Autorizo a Wake Health a comunicar mis datos a mi compañía o compañías de seguro, Medicare o Medicaid, según corresponda. Solicito que los beneficios de seguro médico relacionados con estas consultas se envíen directamente a Wake Health. Entiendo que soy responsable de pagar en total las cuentas o servicios que la aseguradora no pague.

Nombre del paciente, garante o tutor legal (imprenta)

Firma del paciente, garante o tutor legal

Fecha



## Políticas financieras

Estamos comprometidos a brindarle el mejor cuidado posible. Es importante que usted entienda nuestras políticas financieras en nuestra relación profesional. **POR FAVOR PREGUNTE** si tiene duda sobre nuestras tarifas, políticas y procedimientos, o si necesita que le expliquemos sus responsabilidades.

**¡Esperamos establecer una relación duradera y saludable con usted!**

### Información sobre el seguro médico

Wake Health Services acepta el seguro de Medicare, Medicaid, NC Health Choice y la mayoría de los seguros médicos importantes. Usted es responsable por conocer su plan de seguro y por verificar la cobertura de las remisiones a otros médicos, de los exámenes recomendados y de los análisis de laboratorio. Nosotros hacemos todo lo posible por remitirlo(a) a los proveedores, a los laboratorios de análisis clínicos y a los servicios de radiografías que participan en la mayoría de los planes de seguro médico, pero es imposible para nosotros conocer los detalles de todos los planes de seguro. **Si usted tiene dudas acerca de la cobertura, por favor llame al departamento de servicios al cliente de su seguro para verificar. Este consultorio no puede hacerse responsable por los gastos en que usted pueda incurrir por utilizar un proveedor o un servicio equivocados, o por someterse a exámenes o procedimientos que no están cubiertos por su seguro médico.**

**Usted es responsable por el copago que requiere su compañía de seguros. Le cobraremos el copago en su primera visita antes de que reciba los servicios, y luego presentaremos una solicitud de beneficios a su compañía de seguros.** Le facturaremos por cualquier saldo que indique su compañía de seguros, lo cual incluye cualquier coaseguro, monto deducible y cobros de cobertura denegada. Usted deberá pagar dicho saldo dentro de un plazo de 30 días.

Usted es responsable por proporcionarnos la información actualizada sobre su póliza de seguro y sobre cualquier cambio en su dirección y teléfono durante sus visitas.

### **Cobros por análisis clínicos y otros exámenes:**

Wake Health utiliza los servicios de **LabCorp** para sus análisis clínicos, así como los servicios de otros proveedores de radiografías, biopsias, pruebas de Papanicolaou y cultivos bacterianos. **Usted recibirá facturas en forma separada de LabCorp y otras empresas que procesen y evalúen dichos exámenes.** Si tiene alguna pregunta sobre el aspecto financiero, por favor llame al número telefónico que figura en la factura de los análisis clínicos.

He leído y acepto seguir las Políticas Financieras de Wake Health Services. Entiendo que, de acuerdo con dichas políticas, soy responsable por realizar los pagos por mis servicios de atención médica.

**Si usted falta a una cita médica**

Usted deberá avisarnos con 24 horas de anticipación si va a faltar a una cita médica o si va a llegar tarde a la misma. Esto nos permite cederle su turno a una persona que esté en la lista de espera.

Si cancela su cita con menos de 24 horas de anticipación, o si falta a más de tres citas médicas en un periodo de 6 meses, no podrá programar citas por adelantado. Si tiene esta categoría, sólo lo podrán atender en los consultorios de Wake Health si hay espacio disponible. No podrá programar citas por un periodo de seis meses.

Después de seis meses, puede hacer citas otra vez. Si no se le permite programar citas por adelantado una segunda vez, se pondrá su caso a consideración para negarle la atención en Wake Health y el administrador del consultorio y su médico de atención primaria revisarán su caso.

Nombre de la persona responsable (en letra de molde)

---

Firma de la persona responsable

---

(Fecha) \_\_\_\_\_



## FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

He leído y entendido plenamente el Informe sobre el Uso de la Información. Entiendo que Wake Health Services, Inc. puede usar o revelar mi información de salud personal para propósitos como llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluar la calidad de los servicios provistos y alguna operación administrativa relacionada con el tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de restringir el uso y revelación de mi información de salud personal para tratamiento, pago y operaciones administrativas si requiero de intervención. También entiendo que Wake Health Services, Inc. considerará solicitudes de restricción caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las solicitudes de restricción.

Por este medio acepto el uso y revelación de la información de mi salud personal para los propósitos citados en el Informe de Uso de Información de Wake Health Services, Inc. Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificándolo por escrito en cualquier momento.

---

Nombre de Paciente	Firma	Fecha
--------------------	-------	-------

\*\*\*\*\*

Yo autorizo al personal de WHSI y sus medicos a dejarme mensajes en el telefono de mi casa.     Si     No

Yo autorizo al personal de WHSI y sus medicos a dejarme mensajes en el telefono de mi trabajo.     Si     No

\*\*\*\*\*

Yo autorizo al personal de WHSI y sus doctores a enviarme correspondencia a la direccion de mi casa.     Si     NO

Yo prefiero recibir correspondencia del personal de WHSI y sus doctores en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

---

\*\*\*\*\*

Yo autorizo a una o todas las personas designadas en la parte inferior a pedir o recibir cualquier información protegida referente a mi tratamiento de salud, pagos u operaciones administrativas relacionadas al cuidado de salud o pago por el servicio. Yo entiendo que la identidad de estas personas será verificada antes de que dicha información sea entregada.

Personas Autorizadas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

---

Firma del Paciente

---

Fecha

\*\*\*\*\*

También autorizo a Wake Health Services, Inc. usar la información de mi salud protegida para mercadotecnia dirigida, recaudación de fondos, y/o solicitud de participación en estudios de investigación. Entiendo y tengo el derecho de copiar o inspeccionar cualquier información usada para estos propósitos. También entiendo que esta autorizacion no afecta mi consentimiento para usar la información de mi salud protegida para tratamiento, cobro u operaciones relacionadas con tratamiento y cobro.

---

Nombre del Paciente

Nombre del Testigo

---

Firma

Firma del Testigo

---

Fecha

Fecha



\*\*\*\*\* SÓLO PARA PERSONAL DE OFICINA \*\*\*\*\*

RQ                      NBRP                      FCHS  
AFM                      NBRD                      SWOC  
SWFM

MRN \_\_\_\_\_ Tipo de paciente SFS \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD PARA LA ESCALA DE PAGOS SEGÚN INGRESOS (SLIDING FEE SCALE, SFS)**

- 1- ¿Aparece usted como dependiente en la declaración de impuestos de algún pariente?                       Sí                       No
- 2- ¿Ha solicitado cobertura Medicaid o ha tenido cobertura de Medicaid durante este último año?                       Sí                       No

**Los adultos SIN hijos menores de 19 años contestan a este lado.**

- 3- ¿Es usted ciudadano, refugiado o residente permanente legal de Estados Unidos admitido hace más de cinco años?  
 Sí. Pase a la pregunta 4                       No. Pase a la Parte III
- 4- ¿Es usted mayor de 65 años?  
 Sí. Recomiende Medicare                       No. Pase a la pregunta 5
5. ¿Recibe actualmente beneficios de seguro social por discapacidad? ¿Ha quedado o quedará usted discapacitado por 12 meses? ¿Es usted legalmente ciego?  
 Sí. Recomiende Medicaid                       No. Pase a la Parte III

**Los adultos CON hijos menores de 19 años contestan a este lado.**

- 3- ¿Tiene usted 21 años, está embarazada O BIEN es el/la cuidador/a principal de un menor de 19 años que vive en su casa?  
 Sí. Pase a la pregunta 4                       No. Pase a la Parte III
- 4- ¿Es usted ciudadano, refugiado o residente permanente legal de Estados Unidos admitido hace más de cinco años?  
 Sí. Recomiende Medicaid de Carolina del Norte\*  
 No. Pase a la Parte III
- \*Sólo si el paciente no tiene estatus pendiente ni ha solicitado recientemente Medicaid de Carolina del Norte.

**SOLICITUD DE ESCALA DE PAGOS SEGÚN INGRESOS**

Llene el formulario, responda TODAS las preguntas y presente TODOS los documentos correspondientes que aparecen en la lista de verificación que se presenta a continuación. Cuando termine de llenar el formulario, firme la parte de abajo de la página. Las solicitudes incompletas (tales como aquellas a las que les falten documentos) no serán procesadas.

Documentos probatorios requeridos para solicitar escala de pagos según ingreso (Marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Identificación con foto del paciente y de TODOS los adultos que se presentan como dependientes <input type="checkbox"/> Prueba de carencia de domicilio (SÓLO personas sin hogar) <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, tarjeta de seguro, identificación escolar de todos los dependientes menores de 18 años de edad <input type="checkbox"/> Talones de cheque de sueldo del paciente y de todos los trabajadores que se presentan como dependientes indicando el monto BRUTO ganado en los últimos 30 días, o carta del empleador. <input type="checkbox"/> Si trabaja por su cuenta, debe obtener el <i>Formulario C</i> y la <i>Declaración de ganancias y pérdidas</i> de la declaración de impuestos actual.	<input type="checkbox"/> Prueba de desempleo. Para obtener una carta, llame a la Comisión de Seguridad del Empleo al 1.888.737.0259. <input type="checkbox"/> Ingreso de seguro social, jubilación adelantada, jubilación o discapacidad. Para obtener una carta, llame a la Administración del Seguro Social al 1.800.772.1213. <input type="checkbox"/> Prueba de pensión general <input type="checkbox"/> Prueba de pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Prueba de residencia en el condado (Sólo Wake y Franklin) <input type="checkbox"/> Documentación de testimonio, si corresponde.	
HOGAR		
Indique los familiares que viven en su casa y que presenta como dependientes en los impuestos: N° de personas que viven en el hogar: _____		
Nombre	Fecha de nacimiento	N° Seguro Social / Ident. contribuyente
Nombre	Fecha de nacimiento	N° Seguro Social / Ident. contribuyente
Nombre	Fecha de nacimiento	N° Seguro Social / Ident. contribuyente
Nombre	Fecha de nacimiento	N° Seguro Social / Ident. contribuyente
Nombre	Fecha de nacimiento	N° Seguro Social / Ident. contribuyente
Nombre	Fecha de nacimiento	N° Seguro Social / Ident. contribuyente

Si va a presentar por separado una solicitud al Programa de Asistencia de Medicamentos (Drug Assistance Program, DAP) se le pedirá que presente sus declaraciones de impuestos más recientes a las empresas farmacéuticas a fin de tener derecho al programa.

POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICO QUE VIVO EN EL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE Y QUE LOS DATOS PRESENTADOS SON VERDADEROS A MI LEAL SABER Y ENTENDER. También doy permiso a Wake Health Services, Inc. para que se ponga en contacto con toda persona que pueda tener información sobre mi elegibilidad. Declaro bajo pena de perjurio que los datos que he consignado en este formulario, mi declaración de impuestos federales y los formularios adjuntos a esta solicitud presentada a Wake Health Services, Inc. son verdaderos y correctos y están completos. Entiendo que si se determina que alguno de los datos presentados no es exacto o si yo no comunico inmediatamente a Wake Health Services, Inc. los cambios que se produzcan, seré retirado del programa de SFS y todos los cargos serán restablecidos. También acepto hacer el copago determinado en el momento de la consulta médica o dental. Entiendo que no hacer el copago en el momento en que se preste el servicio puede dar como resultado que se me retire del programa SFS.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del paciente, garante o tutor legal (en letra de imprenta)                      Firma del paciente, garante o tutor legal                      Fecha

# Documentación de apoyo para el programa SFS (sólo para uso del personal)

## I. PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO

<p><b>1. ¿Es el paciente casado, divorciado o viudo?</b></p> <p>a. Casado/a: la/el cónyuge debe aparecer en la solicitud y se requiere documentación de su ingreso, si corresponde</p> <p>b. Divorciado/a: Se requiere prueba de pensión alimenticia.</p> <p>c. Viudo/a: Se requiere prueba de pensión de viudez, si corresponde.</p> <p><b>2. ¿Es la persona que ha presentado una solicitud al programa de descuento estudiante a tiempo completo Y ADEMÁS aparece como dependiente en la declaración de impuestos de sus padres?</b></p> <p>a. Si la respuesta es "Sí", pregunte: ¿lo tienen los padres en su seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Si la respuesta es "Sí", no tiene derecho al programa de SFS.</p> <p>c. Si la respuesta es "No", los padres del paciente DEBEN incluirse en la solicitud de SFS y se requiere toda la documentación de ingresos.</p> <p><b>3. ¿Ha solicitado Medicaid el paciente?</b> Si la respuesta es "No", llene la Parte III.</p> <p><b>4. ¿Es el paciente veterano de guerra?</b></p> <p>a. Si la respuesta es "Sí", recomiende que solicite beneficios de la Administración de Veteranos de Guerra (VA) pero también puede solicitar nuestra SFS.</p>	<p><b>5. ¿Tiene el paciente y/o el/la cónyuge ingreso cero?</b></p> <p>a. Si la respuesta es "Sí", se necesita documentación del condado sobre los recursos del paciente <b>O BIEN</b></p> <p>b. Identificación y prueba de ingresos de todos los miembros del hogar <b>O BIEN</b></p> <p>c. Testimonio de ingreso cero de la WHSI presentado por un miembro del hogar donde el paciente se aloja <b>O BIEN</b></p> <p>d. Documentación del refugio o la agencia en papel membretado (si la persona tiene ingreso cero y no tiene hogar)</p> <p><b>6. ¿Tiene hijos el paciente?</b></p> <p>I. Si la respuesta es "Sí", ¿tienen seguro los hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a. Si la respuesta es "Sí" y el seguro es Medicaid, ¿han solicitado Medicaid los padres también?</p> <p>b. Si la respuesta es "No", recomiéndele al padre o a la madre que solicite Medicaid.</p> <p>II. ¿Reciben los hijos SSI, discapacidad o algún otro ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", se requiere documentación y el ingreso se considera parte del ingreso del hogar.</p>
--	---

## II. HOJA DE TRABAJO DE INGRESOS

<b>Fuentes de ingresos de todas las personas que viven en el hogar y que aparecen como dependientes:</b>		
Talones de cheques (30 días)	\$ _____ x sm/qn. x sm/ms _____ x año	Ingreso de seguro social
Carta del empleador	\$ _____ x sm/qn. x sm/ms _____ x año	Pensión
Declaraciones de impuestos actuales	\$ _____ x año	
Carta de desempleo	\$ _____ x sem _____ x año	Prueba de pensión alimenticia es decir, acuerdo escrito, asignación por tribunales, etc.
Compensación laboral	\$ _____ x mes _____ x año	Dividendos / Intereses
Beneficios de discapacidad	\$ _____ x mes _____ x año	Otros ingresos
Ingresos de propiedades	\$ _____ x mes _____ x año	(p. ej., pago una sola vez)
Ingreso total anual del hogar: _____		
<b>Documentos de apoyo requeridos para la solicitud de escala de pagos según ingreso</b>		
<input type="checkbox"/> Identificación con foto del paciente y de TODOS los adultos que se presentan como dependientes <input type="checkbox"/> Prueba de carencia de domicilio (SÓLO personas sin domicilio) <input type="checkbox"/> Talones de cheque de sueldo del paciente y de todos los trabajadores que se presentan como dependientes indicando el monto BRUTO ganado en los últimos 30 días, o carta del empleador. <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento, tarjeta de seguro social, tarjeta de seguro, identificación escolar de todos los dependientes menores de 18 años de edad <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos actual si (1) trabaja por su cuenta (2) presenta a un adulto como dependiente (3) está solicitando asistencia de medicamentos (4) vive de dividendos, acciones, ahorros, etc.	<input type="checkbox"/> Prueba de desempleo. Para obtener una carta, llame a la Comisión de Seguridad del Empleo marcando el 1.888.737.0259. <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad social, jubilación adelantada, jubilación o discapacidad. Para obtener una carta, llame a la Administración del Seguro Social marcando el 1.800.772.1213. <input type="checkbox"/> Prueba de pensión general <input type="checkbox"/> Prueba de pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Prueba de residencia en el condado <input type="checkbox"/> Documentación de testimonio, si corresponde.	
_____ Funcionario que llena la solicitud (en letra de imprenta)	_____ Firma del funcionario que llena la solicitud	_____ Fecha
_____ Nombre del administrador o administrador designado (en letra de imprenta)	_____ Firma del administrador o administrador designado	_____ Fecha

## III. CÁLCULO DE INGRESOS

Ingresos	Monto de los cheques	Ejemplo	Cálculo de muestra	Ingreso anual
<b>Mensual</b>		\$700 el 1º del mes, (p. ej., cheque por discapacidad)	Multiplique por 12	\$700 x 12 = \$8,400 anual
<b>Quincenal</b>	<b>Igual</b>	\$350 el 15, \$350 el 30	Multiplique por 24	\$350 x 24 = \$8,400 anual
<b>Quincenal</b>	<b>Diferente</b>	\$200 el 15, \$150 el 30	Sume, multiplique por 12	\$350 x 12 = \$4,200 anual
<b>Semanal</b>	<b>Igual</b>	\$100 x 4 semanas	Multiplique por 52	\$100 x 52 = \$5,200 anual
<b>Semanal</b>	<b>Diferente</b>	\$100, \$50, \$150, \$100	1) Sume las 4 cantidades 2) Divida por 4 para sacar el promedio 3) Multiplique por 52	\$100 + \$50 + \$150 + \$100 = \$400 \$400 / 4 = \$100 semanal \$100 x 52 = \$5,200 anual
<b>Quincenal</b>	<b>Igual</b>	\$200 cada 2 semanas	Multiplique por 26	\$200 x 26 = \$5,200 anual
<b>Quincenal</b>	<b>Diferente</b>	\$100, \$300	1) Sume las 2 cantidades 2) Divida por 2 para sacar el promedio 3) Multiplique por 26	\$100+\$300 = \$400 \$400 / 2 = \$200 quincenal \$200 x 26 = \$5,200 anual



## AUTORIZACIÓN PARA CONSENTIR A LA ASISTENCIA MÉDICA A UN MENOR DE EDAD

Yo, \_\_\_\_\_, del condado de \_\_\_\_\_ del estado de \_\_\_\_\_, soy el padre/la madre/el tutor que tiene la custodia legal de \_\_\_\_\_.

(Nombre del menor de edad)

En mi ausencia doy permiso a la(s) siguiente(s)\* persona(s) de hacer cualquier acto necesario o apropiado para asegurar la asistencia médica del niño/niña menor de edad, incluyendo, pero no limitando al poder y de asegurar tal asistencia médica en cualquier hospital u otra institución médica, o de contratar cualquier médico, dentista, enfermera, u otra persona cuyos servicios puedan ser necesarios para tal asistencia médica, y de consentir y autorizar cualquier asistencia médica, incluyendo la administración de anestesia, examen con rayos X, la realización de operaciones y otros procedimientos hechos por médicos, dentistas, y cualquier otro personal médico, salvo el negar o retirar los procedimientos necesarios para mantener la vida.

### Nombres de las personas autorizadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este consentimiento está en vigor desde la fecha de mi firma hasta \_\_\_\_\_.

---

Con mi firma aquí indico que tengo el entendimiento y la capacidad de comunicar decisiones acerca de la asistencia médica, y que estoy bien informado sobre el contenido de este documento y que entiendo la importancia de esta concesión de poder al representante mencionado aquí.

Nombre de padre/madre: \_\_\_\_\_(imprima)

Firma de padre/madre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_(imprima)

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*Las personas a quienes está dada la autoridad de consentir al tratamiento de menores de edad deben tener 18 años o más o ser un menor emancipado. El testigo no puede ser la persona designada por el padre/la madre para consentir a la asistencia médica al menor de edad.**