

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

**Tratamiento a Menores – Limitado (A Ser Utilizado Una Sola Vez)****Consentimiento**

Página 1 de 2

**Consent - Treatment of Minors - Limited (One Time Use)**

Page 1 of 2

Para cumplir con las leyes de Wisconsin, Marshfield Clinic Health System exige que uno de los padres (no padrastro o padre escogido temporalmente) o tutor legal (tutor elegido por un tribunal) acompañe a un niño menor (de 17 años o menos) a las citas médicas/dentales/salud mental. En el caso de que ni el padre ni el tutor legal pudieran acompañar al menor a una cita médica/dental/salud mental, uno de los padres o tutor legal debe firmar este formulario de Consentimiento – Tratamiento a Menores – Limitado (A Ser Utilizado Una Sola Vez).

*To comply with Wisconsin law, Marshfield Clinic Health System requires that a parent (not step-parent/foster parent) or legal guardian (guardian appointed by a court) accompany any minor children (17 years old or younger) to their medical/dental/mental health appointments. In the event that a parent or legal guardian is unable to accompany his or her minor child to a medical/dental/mental health treatment appointment, the parent or legal guardian must sign this Consent – Treatment of Minors – Limited (One Time Use) form.*

Nombre del padre o tutor legal \_\_\_\_\_  
*Parent or legal guardian name*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
*Patient name*

Designado (persona autorizada para dar consentimiento) \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_  
*Appointee (person authorized to consent) Relationship to child*

Doy mi consentimiento para la atención médica y el tratamiento de mi hijo en relación con su cita de tratamiento médico / dental / de salud mental en Marshfield Clinic Health System y sus afiliados:  
*I consent to care and treatment for my child related to his/her medical/dental/mental health treatment appointment at Marshfield Clinic Health System and affiliates:*

el (fecha – mes/día/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*on (date – month/day/year)*

para (motivo de la cita – especificar procedimientos/análisis/vacunas/atención aprobada) \_\_\_\_\_  
*for (reason for appointment – specify approved care/procedures/tests/immunizations)*

con (nombre del profesional médico) \_\_\_\_\_  
*with (health care provider name)*

Mi hijo mayor, de \_\_\_\_\_ años (no menos que 16) puede asistir solo a su cita médica/dental/salud mental.  
*My mature child, age (#) (not less than 16) can attend this medical/dental/mental health treatment appointment alone.*

**Tratamiento a Menores – Limitado (A Ser Utilizado Una Sola Vez)**

**Consentimiento (Continuación)**

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	F. nac. <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Si hubiera necesidad de localizarme durante la cita de mi hijo para evaluar un tratamiento o atención posterior, pueden localizarme en los siguientes números de teléfono:

*If there is a need to reach me during my child's appointment to discuss further care or treatment, I may be reached at the following phone numbers:*

Particular ( _____ ) _____ - _____ <i>Home</i>	Trabajo ( _____ ) _____ - _____ <i>Work</i>
Celular ( _____ ) _____ - _____ <i>Cell</i>	Otro ( _____ ) _____ - _____ <i>Other</i>

**Acepto reintegrar a Marshfield Clinic Health System o profesional médico, el costo de estos servicios, en el caso de que mi seguro no pague por estos servicios.**

***I further agree to reimburse Marshfield Clinic Health System health care provider for the cost of rendering these services to the extent that my insurance does not pay for these services.***

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal del niño  
*Child's parent/legal guardian signature*

\_\_\_\_\_  
(Relación con el paciente)  
*(Relationship to patient)*

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal del niño  
*Print child's parent/legal guardian name*

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (mes/día/año)  
*Signature date (month/day/year)*

\_\_\_\_\_  
Dirección del padre/tutor legal del niño  
*Child's parent/legal guardian address*

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del padre/tutor legal del niño  
*Child's parent/legal guardian phone number*

**Envíe la fomulario finalizado a: Health Information Management, Marshfield Clinic Health System, 2727 Plaza Drive, Wausau, WI 54403 Fax: 715-847-3069 Correo electrónico: [mclhim.consent@marshfieldclinic.org](mailto:mclhim.consent@marshfieldclinic.org)  
Send completed form to: Health Information Management, Marshfield Clinic Health System, 2727 Plaza Drive, Wausau, WI 54403 Fax: 715-847-3069 E-mail: [mclhim.consent@marshfieldclinic.org](mailto:mclhim.consent@marshfieldclinic.org)**