

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

Tratamientos Para un Protegido Adulto en la Ausencia del Tutor Legal

Consentimiento

Página 1 de 2

Consent - Treatment of Adult Ward in Legal Guardian Absence

Page 1 of 2

En cumplimiento con la ley de Wisconsin, Marshfield Clinic Health System requiere que un representante legal (tutor designado por un tribunal) dé su consentimiento para la atención médica de su Protegido, designado por un tribunal, incluyendo los tratamientos para salud mental. En el caso de que un tutor legal no pueda dar su consentimiento para la atención médica, el tutor legal puede delegar en otro adulto el derecho de dar consentimiento. En el caso de que el protegido se presente a una cita médica no-urgente sin el tutor legal o un consentimiento firmado, el tratamiento puede ser denegado. *To comply with Wisconsin law, Marshfield Clinic Health System requires that a legal guardian (guardian appointed by a court) consent to the care of their court appointed ward, including mental health treatment. In the event that a legal guardian is unable to consent to the care, the legal guardian may delegate the right to consent to another adult. In the event that the ward presents for a non-urgent medical appointment without a legal guardian or a signed consent, treatment may be denied.*

Yo/Nosotros (nombre del tutor legal) _____ autorizo a:
I/We (legal guardian's name) authorize:

Designado (persona autorizada para dar consentimiento) _____
Appointee (person authorized to consent)

Relación con el paciente (*Relationship to patient*) _____

Teléfono de la persona autorizada (*Appointee's phone number*) _____

Dirección de la persona autorizada (*Appointee's address*) _____

a otorgar consentimiento para – marcar (✓) todo lo que aplica:
to consent to – check (✓) all that apply:

Atención de emergencia o urgente (incluido el tratamiento de salud mental) en cualquiera de las siguientes instalaciones cuando yo no pueda ser localizado: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, todos los centros de Marshfield Medical Center y todas las instalaciones que pertenecen y/o son operadas por las organizaciones antes mencionadas.
Emergent or urgent care (including mental health treatment) at any of the following facilities when I cannot be reached: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, all Marshfield Medical Center locations, and all facilities owned and/or operated by the aforementioned organizations.

Tratamiento médico, tratamiento de salud mental o atención dental, incluyendo vacunas, análisis de laboratorio y otras estudios de diagnóstico, pero sin incluir cirugías u otros procedimientos que requieran anestesia (excepto por un anestésico local) en cualquiera de las siguientes instalaciones: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, todas los centros de Marshfield Medical Center, y todas las instalaciones que pertenecen y/o son operadas por las organizaciones antes mencionadas.
Medical treatment, mental health treatment or dental care – including immunizations, lab work and other diagnostic tests, but not including any surgery or other procedures which require anesthesia (except for a local anesthetic) – at any of the following facilities: Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, all Marshfield Medical Center locations, and all facilities owned and/or operated by the aforementioned organizations.

para mi protegido (nombre del paciente) _____
for my ward (patient's name)

durante el período (no exceder de máximo 1 año):
during the period (not to exceed maximum of 1 year):

Fecha (día/mes/año) _____ / _____ / _____ al _____ / _____ / _____
Date (month/day/year) to

Para un periodo máximo de 1 año
For a maximum period of 1 year

Tratamientos Para un Protegido Adulto en la Ausencia del Tutor Legal

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>
--	-------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------

Yo/Nosotros (nombre del tutor o tutores legales) _____
I/We (legal guardian's name)

autorizo/autorizamos a mi/nuestro protegido (nombre del paciente) _____
authorize my ward (patient's name)

a recibir atención médica de rutina , sin acompañante, durante el periodo de tiempo del
to receive routine care, unaccompanied during the period

(fecha – mes/día/año) ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ (no debe exceder a un máximo de un año).
(date – month/day/year) to (not to exceed maximum of 1 year).

El paciente puede recibir atención médica pero no puede firmar el consentimiento para tratamiento. Todos los consentimientos deben ser firmados por el tutor legal.
Patient may receive care but cannot sign consent for treatment. All consents must be signed by legal guardian.

Los proveedores de Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, todos los centros de Marshfield Medical Center y todas las instalaciones que pertenecen y/o son operadas por las organizaciones mencionadas anteriormente deberán intentar ponerse en contacto conmigo antes de brindar atención médica utilizando los siguientes números:
Providers at Marshfield Clinic, Inc., Family Health Center of Marshfield, Inc., Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake, all Marshfield Medical Center locations, and all facilities owned and/or operated by the aforementioned organizations should try to contact me before providing care using the following numbers:

Teléfono de casa (*Home phone*) _____

Teléfono de trabajo (*Work phone*) _____

Teléfono celular (*Cell phone*) _____

Yo entiendo que mi pupilo/a será responsable del pago de los servicios prestados, en el caso que el seguro médico de mi pupilo/a no pague por dichos servicios.
I understand that my ward will be responsible for the cost of services rendered to the extent that my ward's insurance does not pay for these services.

 Firma del tutor legal
Legal guardian signature

_____/_____/_____
 Fecha de firma (mes/día/año)
Signature date (month/day/year)

 Dirección del tutor legal
Legal guardian address

 Número telefónico del tutor legal
Legal guardian phone number

Si hay un tutor legal adicional (If additional guardian):

 Firma del tutor legal
Legal guardian signature

_____/_____/_____
 Fecha de firma (mes/día/año)
Signature date (month/day/year)

 Dirección del tutor legal
Legal guardian address

 Número telefónico del tutor legal
Legal guardian phone number

Envíe la solicitud completa a: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 Correo electrónico: medicalrecords@marshfieldclinic.org
Send completed request to: Release of Information, Marshfield Clinic Health System, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449
Fax: 715-221-6992 E-mail: medicalrecords@marshfieldclinic.org