DECLARACIÓN COMBINADA DE AUTORIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS Y DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD O DE UN ADULTO BAJO TUTELA

_____ ____/____/____ _____

Nombre del menor o adulto bajo tutela | Fecha de nacimiento: | # Identificación del cliente

Yo, _____ **declaro y certifico** que puedo consentir legalmente a la administración de tratamiento médico, de salud mental, y/o para abuso de sustancias para el menor de edad/adulto bajo tutela arriba mencionado si ADMHN y sus empleados, terapeutas, contratistas, etc., lo consideran necesario, aconsejable y apropiado. Consiento de conformidad con la autoridad de:

___ **Tutor legal/Padre**_____es la única persona autorizada para la toma de decisiones médicas.

La autoridad para la toma de decisiones médicas la comparten:

_____ _____

Nombre 1 | Nombre 2

___ **Representante del Departamento de Servicios Humanos (DHS)**– El Departamento ejerce la custodia del menor y tiene autoridad para consentir a su tratamiento.

___ **Persona interesada** – Menor que tiene por lo menos 15 años de edad y desea consentir a los servicios.

___ **Otro** – Por favor, explique: _____

Estoy informado de que el día (fecha) _____, está programada una cita para el menor de dad/ adulto bajo tutela con la finalidad de que ADMHN lleve a cabo **una evaluación de salud mental y/o abuso de sustancias.** También sé que, luego de esta evaluación, tal vez sea necesario, aconsejable y apropiado que el menor de edad/ adulto bajo tutela reciba tratamiento administrado por ADMHN. Sin la generalidad de lo que podría implicar la palabra "tratamiento", entiendo que podría implicar terapia individual o familiar, terapia de grupo, educación psicológica, desarrollo de destrezas, servicios de emergencia, psicoterapia, coordinación de los cuidados de salud, medicamentos o una combinación de una o más de estas actividades.

Además, autorizo a (use letra de imprenta) _____para firmar todos y cada uno de los documentos necesarios para el tratamiento del niño menor/adulto bajo tutela mencionado más arriba.

PADRE O TUTOR LEGAL CON AUTORIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES FIRMA LO SIGUIENTE:

_____ ____/____/____

Firma del padre o tutor legal | Fecha

_____ ____/____/____

Firma del padre o tutor legal | Fecha

_____ ____/____/____

Firma del testigo | Fecha

VERIFICACIÓN

Yo, _____, soy el empleado de DHS, encargado del caso del menor de edad mencionado arriba. Luego de haber examinado la Orden del Tribunal de (fecha) _____ que establece que este niño sea puesto bajo el cuidado de _____, no he encontrado nada que no sea coherente con la Orden del Tribunal y estoy de acuerdo con todos y cada uno de los tratamientos y las evaluaciones efectuados por Arapahoe/Douglas Mental Health Network.

_____ ____/____/____

Firma del encargado del caso por DHS | Fecha

_____ ____/____/____

Firma del testigo | Fecha