



## Confirmación de la toma de decisiones médicas para un menor de edad

*Deberá completarse este formulario para todas las personas que deseen recibir tratamiento y que tengan 17 años de edad o menos.*

[www.summitstonehealth.org](http://www.summitstonehealth.org)

Sírvase devolver el formulario completado a SummitStone Health Partners Attn: Access Center

1250 N. Wilson Ave. Loveland, CO 80537 • Fax (970) 300-3118 • Phone: (970) 494-4200

[SUMMITSTONE\\_ACCESS\\_CLINICIANS@SummitStonehealth.org](mailto:SUMMITSTONE_ACCESS_CLINICIANS@SummitStonehealth.org)

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, declaro y atestiguo que puedo consentir legalmente al tratamiento médico, de salud mental y/o de abuso de sustancias químicas para el menor de edad indicado más arriba de acuerdo con la siguiente autoridad:

- Soy la persona en cuestión (al menos 15 años para recibir servicios de salud mental o abuso de sustancias)
- Soy uno de los padres biológicos o adoptivos
- Soy la persona en cuestión (al menos 12 años para servicios de psicoterapia por Título 12 C.R.S. profesional de salud mental)
- Pertenezco al Departamento de Servicios Humanos (DHS)
- Soy el tutor/custodio legal/otro

### Procedimientos de divorcio u otros procedimientos legales

¿Ha habido algún procedimiento o acción legal que hubiera afectado la autoridad de toma de decisiones con respecto al menor de edad, incluido sin limitarse a: procedimiento de divorcio, procedimiento de separación legal, procedimiento de paternidad, terminación o limitación de los derechos parentales, o una asignación de la custodia/tutoría legal?

Sí                            No

### Documentación

La persona que firma esta declaración deberá adjuntar documentos que verifiquen su autoridad legal de tomar decisiones médicas con respecto al menor de edad, a menos que la persona que firma sea el menor, o que la persona que firma sea uno de los padres biológicos o adoptivos del menor de edad y no hayan habido procedimientos o acciones legales que hubieran afectado su autoridad de toma de decisiones con respecto al menor de edad.

*Se requiere una firma para que la información incluida en este formulario pueda considerarse válida.*

**Firma del parent/madre/tutor/cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el menor de edad:** \_\_\_\_\_

**Firma del parent/madre/tutor/cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el menor de edad:** \_\_\_\_\_