

# Medical Decision Authority for a Minor

Name (please print) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ MHCD ID # \_\_\_\_\_

## Declaración de Autoridad para la Toma de Decisiones Médicas en Nombre de un Menor

Yo \_\_\_\_\_ declaro y atestiguo que puedo otorgar consentimiento legalmente para el tratamiento de la salud mental médica y/o el abuso de sustancias en nombre del menor mencionado anteriormente bajo la siguiente autoridad:

- Padre/madre biológico(a)
  - Padre/madre adoptivo(a)
  - Departamento de Servicios Humanos – El Departamento tiene custodia del menor y la autoridad para consentir en el tratamiento del mismo.
  - Otro tutor legal – Un tutor legal nombrado por un tribunal para que tenga autoridad para tomar decisiones médicas.
  - Autoridad delegada – Uno de los padres o un tutor legal ha delegado, mediante un poder, la autoridad de la toma de decisiones médicas para un período de hasta doce meses.
  - El menor mismo – Un menor que tenga por lo menos 15 años de edad desea consentir en aceptar servicios.
  - Otro: Sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- 
- 

### Procedimientos de Divorcio u Otros Procedimientos Legales

¿Ha habido procedimientos o acciones legales que hayan afectado la autoridad para la toma de decisiones respecto al menor, con carácter enunciativo y no limitativo, tales como: un procedimiento de divorcio, un procedimiento de separación legal, un procedimiento de paternidad, una terminación o limitación de los derechos de padres, o una cesión de custodia/tutela legal?

- Sí                       No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

---

# Medical Decision Authority for a Minor

Name (please print) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ MHCD ID # \_\_\_\_\_

Si existe una orden jurídica o un acuerdo parental estipulado ¿a quién se le ha asignado la autoridad para la toma de decisiones médicas respecto al menor?

- El padre tiene autoridad exclusiva para la toma de decisiones médicas.
- La madre tiene autoridad exclusiva para la toma de decisiones médicas.
- Los padres comparten autoridad para la toma de decisiones médicas.
- Otro: Sírvase explicar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Documentación

La persona que firma esta declaración debe adjuntar documentos que verifiquen su autoridad para la toma de decisiones médicas respecto al menor, a menos que la persona que firma es el menor o si la persona que firma es uno de los padres biológicos o adoptivos del menor y si no ha habido procedimientos o acciones legales que hayan afectado su autoridad para la toma de decisiones respecto al menor.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el menor: \_\_\_\_\_