**Forma D**

**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido del Joven:       | Nombre del Joven:       |
| Condado:       | Fecha de Nacimiento:       |

Como padre/guardián de un joven que reside en George Junior Republic en Pennsylvania (GJR en PA), Yo doy mí consentimiento de tratamiento medico para lo siguiente:

**[ ]  Atención Médica de Rutina:** La atención de rutina médica incluye exámenes de salud, diagnósticos, cuidado dental que incluye exámenes, restauración y limpieza, visión, audición, tratamiento por lesiones y enfermedades, e inmunizaciones de rutina por el personal de Servicios de Salud de GJR en PA y/o por personal del Centro Medico Grove City AGH. Yo entiendo que el tratamiento para el diagnostico de mi hijo puede requerir radiografías, exámenes de laboratorio, de diagnostico u otro tipo de procedimientos.

**[ ]  Divulgación de Información Médica Confidencial (PHI):** Visitas médicas o tratamientos e información de atención médica deben ser divulgados a GJR en PA por los proveedores de atención médica para asegurar el seguimiento y atención adecuado.

Al firmar a continuación, yo también reconozco que:

* No esta permitido que mi hijo sea incluido en ningún tratamiento o procedimiento experimental sin un consentimiento adicional por escrito por parte mía, padre/guardián.
* Un consentimiento escrito debe obtenerse de mi parte (el padre/guardián), o si yo (el padre/guardián) no puedo ser localizado, por orden de la corte, por cada incidente que no sea rutina de tratamiento como una cirugía electiva o procedimientos experimentales.
* Si ocurre una emergencia que pone en peligro la vida, o en aquellos casos donde el Centro Medico Grove City AGH no puede satisfacer las necesidades de mi hijo, mi hijo puede ser transferido a otro centro medico para recibir el tratamiento necesario.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| ***Nombre de Padre/Guardián*** | ***Firma del Padre/Guardián*** | ***Fecha*** |

**[ ]** Se ha proporcionado consentimiento verbal y se requieren DOS firmas de los testigos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| ***Testigo1: Nombre del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR*** | ***Testigo1: Firma del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR*** | ***Fecha*** |
|       |  |       |
| ***Testigo2: Nombre del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR*** | ***Testigo2: Firma del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR*** | ***Date*** |