



**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 mi 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. 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, mi hijo puede ser transferido a otro centro medico para recibir el tratamiento necesario.

<b><i>Nombre del Padre/Guardián</i></b>	<b><i>Firma del Padre/Guardián</i></b>	<b><i>Fecha</i></b>

**Esta sección es SOLO PARA CONSENTIMIENTO VERBAL:** el consentimiento verbal requiere la firma de **DOS** Testigos.

<b><i>Testigo 1: Nombre del Representante de GJR</i></b>	<b><i>Testigo 1: Firma del Representante de GJR</i></b>	<b><i>Fecha</i></b>
<b><i>Testigo 2: Nombre del Representante de la Agencia de Colocación o Representante de GJR</i></b>	<b><i>Testigo 2: Firma del Representante de la Agencia de Colocación o Representante de GJR</i></b>	<b><i>Fecha</i></b>