

Autorización general para el tratamiento y los medicamentos

| Sección A: Información de identificación | |
|---|----------------------|
| Nombre del menor: | Fecha de nacimiento: |
| Proveedor médico en el hogar: | Número de teléfono: |
| Otro proveedor médico, dental o de salud mental o especialista que prescriba o administre el tratamiento: | Número de teléfono: |

Sección B: Cuidado, tratamiento y consentimiento de los padres (N.C.G.S. § 7B-505.1)

Cuando la custodia de un niño está a cargo de la custodia de la agencia de bienestar infantil del condado, el director del condado podrá organizar, proporcionar o prestar conformidad para cualquiera de los siguientes servicios sin necesidad de solicitar el consentimiento de los padres:

- Atención o tratamiento médico o dental de rutina (incluidas las vacunas en la mayoría de los casos);
- Atención o tratamiento de emergencia médica, quirúrgica, psiquiátrica, psicológica o de salud mental; y
- Pruebas y evaluaciones en casos de urgencias.

Por la presente autorizo _____ a la agencia de bienestar infantil del condado a dar su consentimiento para el siguiente tratamiento del niño mencionado previamente (incluya la descripción):

Recetas de medicamentos psicotrópicos: _____

Participación en un ensayo clínico: _____

Evaluación médica infantil no autorizada de otra manera (también debe completarse el formulario DSS-5143 de consentimiento/autorización para evaluación médica infantil/infantil/familiar): _____

Evaluación clínica integral u otra evaluación de salud mental: _____

Procedimiento o prueba quirúrgica, médica o dental en la que se exija un consentimiento informado: _____

Atención o tratamiento psiquiátrico, psicológico o de salud mental que exija un consentimiento informado: _____

Otro tratamiento o procedimiento no rutinario o que no sea de emergencia: _____

Autorización general para el tratamiento y los medicamentos

Indique sus iniciales en todas las opciones que correspondan:

___ Se me ha informado la recomendación de que se prescriban medicamentos a mi hijo como parte de su plan de tratamiento.

___ Se me ha informado la recomendación de que a mi hijo se le realice un tratamiento o procedimiento quirúrgico, médico, dental o de salud mental como parte de su plan de tratamiento.

___ Se me ha notificado la afección de mi hijo.

___ Si tengo preguntas sobre el tratamiento de mi hijo, me comunicaré con el proveedor de atención médica mencionado en la parte superior de este formulario.

___ Se me ha dado una copia de este formulario.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si no revoco esta autorización, esta caducará automáticamente de la siguiente manera:

1. Al cierre de mi caso; o
2. Un año después de la fecha en que se firmó esta autorización; lo que ocurra primero.

Entiendo que un medicamento, procedimiento médico o tratamiento de salud mental es solo un aspecto del plan de tratamiento de mi hijo y que el éxito y la mejora continua dependen de mi participación activa en la planificación del tratamiento. Aunque se espera que este medicamento o procedimiento sea útil para el tratamiento de la afección de mi hijo, no existen garantías de que se produzca una mejoría.

En función de la información que se me proporcionó:

Autorizo _____ a la agencia de bienestar infantil del condado a dar su consentimiento para la administración de los medicamentos, tratamientos o procedimientos mencionados anteriormente.

Me niego a autorizar la inoculación de vacunas debido a una objeción religiosa.

Sección C: Información sobre citas y seguimiento

Se ha programado una cita para el _____ en _____. Con el
siguiente proveedor: _____
Fecha Hora
Nombre del proveedor/práctica Dirección/ubicación

Sección D: Firmas

Firma del padre/tutor/custodio: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____ Relación: _____

Firma del personal de bienestar infantil del condado: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

La revocación por escrito de este consentimiento deberá enviarse por correo a: