

CONSENTIMIENTO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Yo _____, en mi capacidad como

(Circulé uno) **Madre** **Padre** **Representante Legal**

Otro (Por favor, especifique la relación con el niño) _____

del niño abajo nombrado, doy consentimiento a un examen físico con respecto al alegato o sospechas de maltrato, y si es necesario, para obtener pruebas, evidencia y ofrecer tratamiento. Este procedimiento me ha sido totalmente explicado, y entiendo que este examen puede incluir la observación clínica para determinar si hay hallazgos de abuso físico o sexual o ambas y análisis para enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, doy mi consentimiento para fotografías o radiografías de cualquier hallazgo significativos. Autorizo el uso de estas fotografías o radiografías por esta institución o su personal, para fines médicos, de enseñanza y/o legales. Comprendo perfectamente la naturaleza del examen y la información médica obtenida por este medio puede ser utilizada como evidencia en un tribunal o en relación con la aplicación de las leyes y normas de salud pública. Doy mi consentimiento a pruebas del anticuerpo VIH si es considerado necesario por el médico. Entiendo que, si se hace la prueba del VIH, información con respecto a esa prueba será explicada por el médico. Entiendo un positivo o negativo de la prueba deberá ser confirmado o repetido en una fecha posterior.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Al firmar abajo, doy mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento del niño nombrado como se describió anteriormente.

_____	_____	_____
Firma del padre/representante legal	Nombre escrito	Fecha
_____	_____	_____
Firma del padre/representante legal	Nombre escrito	Fecha
_____	_____	_____
Firma del testigo	Nombre escrito	Fecha