

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:  
MENOR NO EMANCIPADO**

Paciente Menor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. **Autoridad.** Soy el padre, tutor u otra persona legalmente autorizada por la ley de Idaho para dar consentimiento para servicios de atención médica para el Paciente Menor de Edad de acuerdo con el Código de Idaho § 32-1015.
2. **Consentimiento para el Tratamiento.** Yo consiento voluntariamente y autorizo a DESERT SAGE HEALTH CENTERS y a sus médicos, practicantes y personal empleados o afiliados (colectivamente "Proveedores") a prestar los siguientes servicios de atención de salud al Paciente Menor:

**Consentimiento General:** Evaluación médica, diagnóstico y tratamiento; servicios de diagnóstico, incluyendo pruebas de laboratorio o procedimientos de radiología; prescripción y administración de medicamentos; consejería; cuidado dental; y cualquier otro servicio de atención médica según lo definido en I.C. § 32-1015 considerado razonablemente necesario y apropiado por el Proveedor tratante. Este consentimiento constituirá un "consentimiento general" en el sentido de la I.C. § 32-1015(4)(a) y no se requiere ningún consentimiento adicional para autorizar dichos servicios de atención médica.

**Rechazo el consentimiento para los siguientes Servicios Específicos** [Describir]:

---

**Información.** El Proveedor ha explicado la naturaleza de los servicios de atención de salud propuestos, las alternativas y sus riesgos y beneficios relacionados, o he renunciado a mi derecho de recibir dicha información. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente o he optado por no hacer tales preguntas. Si requiero información adicional sobre los servicios de atención de salud, me pondré en contacto con DESERT SAGE HEALTH CENTERS o el Proveedor para discutir dichos servicios. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y no se han hecho promesas ni garantías, ni pueden hacerse, sobre el resultado de los servicios de atención médica.

3. **Responsabilidad Financiera.** Estoy de acuerdo en que soy el responsable final del pago por los servicios de atención de salud prestados al Paciente Menor y acepto cumplir con las pólizas Financieras de DESERT SAGE HEALTH CENTERS. Pagaré de inmediato cualquier copago, deducible u otros montos no cubiertos por el seguro aplicable o programa de pagadores externos. Cooperaré con DESERT SAGE HEALTH CENTERS en obtener reembolso por los servicios de atención médica de cualquier pagador de terceros, y por la presente asigno a DESERT SAGE HEALTH CENTERS el derecho de presentar reclamaciones de pago a los pagadores externos y retener dichos pagos. En la medida permitida por la ley, seguiré siendo responsable de cualquier cantidad no pagada por cualquier pagador externo por servicios de atención médica, incluidos, entre otros, los costos relacionados con enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles según lo definido en la I.C. § 39-3801. Si la cuenta del Paciente Menor se vuelve morosa, acepto pagar intereses y tarifas de acuerdo con las pólizas. Financieras de DESERT SAGE HEALTH CENTERS, incluyendo, entre otros, los costos razonables de colección, tarifas de agencias de colección, honorarios de abogados y costos judiciales.

He leído, comprendo y acepto lo anterior, y entiendo y reconozco que DESERT SAGE HEALTH CENTERS y/o sus Proveedores prestarán servicios de atención de salud basándose en este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Relación con el Paciente Menor

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono