

Nombre del paciente menor de edad:

Fecha de nacimiento:

Número de historia clínica:



PODER NOTARIAL PARA EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD - NO EN CUIDADO DE ACOGIDA

Para facilitar la atención médica y el tratamiento del "paciente menor de edad", _____ (nombre en letra de imprenta), por parte de Emplify Health (consulte el sitio web para más detalles, <https://emplifyhealth.org/polices-resources>), los progenitores del paciente menor de edad, que suscriben el presente documento, aceptan lo establecido en el mismo. Soy el padre o madre / Somos los progenitores del paciente menor de edad autorizados para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente menor de edad.

Cuidado de acogida o niños indígenas nativos americanos - PARE AQUÍ- Este formulario no puede ser utilizado sin la aprobación del Tribunal.

IDENTIFIQUE EL ESTADO DE RESIDENCIA PRINCIPAL DEL PACIENTE MENOR DE EDAD:

☐ **Wisconsin**

*TODOS los progenitores con custodia legal **deben** firmar para que este formulario sea válido.*

Seleccione una opción: ☐ **Tenemos custodia legal compartida.** (AMBOS progenitores deben firmar).
☐ **Tengo la custodia legal exclusiva.**
☐ **El otro progenitor del paciente menor de edad falleció.**

Duración:

Si los padres sustitutos designados son parientes, tengo/tenemos la intención de que el poder parental delegado permanezca en vigor hasta su revocación o hasta que el paciente menor de edad cumpla los 18 años.

Si los padres sustitutos designados NO son parientes, este documento es válido durante un (1) año.

☐ Consulte aquí un período más breve que comienza el _____ y vence el _____.

☐ **Minnesota**

*Requiere la **firma ante notario de UN** progenitor con custodia legal.*

Duración:

El presente documento tiene una validez de un (1) año, o un período más breve que comienza el _____ y vence el _____.

La ley de Minnesota permite una duración de un año o menos. La firma del progenitor debe ser atestiguada por un notario. El progenitor que firma este formulario debe proporcionar al otro progenitor una copia en un plazo de 30 días. Aplican algunas excepciones.

☐ **Iowa**

*Requiere la firma de **UN** progenitor con custodia legal.*

Duración:

El presente documento tiene una validez de un (1) año, o un período más corto que comienza el _____ y vence el _____.

☐ **Michigan**

*Requiere la firma de uno de los progenitores con custodia legal para actividades de rutina, y de **AMBOS** progenitores con custodia legal para plenos poderes.*

Duración:

El presente documento tiene una validez de seis (6) meses, o un período más breve que comienza el _____ y vence el _____.

Excepción: Si uno de los progenitores está en el ejército y se encuentra en misión, la duración es válida hasta el día 31 después de que termine la misión.

Si este formulario lo llena el tutor legal del paciente menor de edad designado por el Tribunal, esa persona proporcionará una copia de este formulario al Tribunal en un plazo de 7 días.

DELEGACIÓN DEL PODER PARENTAL:

Este documento permitirá automáticamente a los progenitores **otorgar su consentimiento informado SOLO para la atención médica y el tratamiento normales o de rutina**, incluidos los cuidados dentales, pero no incluye el consentimiento para procedimientos quirúrgicos opcionales mayores, procedimientos extraordinarios y tratamientos experimentales. Esto incluye la facultad de firmar el formulario del Acuerdo de registro y los Términos del servicio para la atención y el tratamiento proporcionados conforme a este documento. (Si se encuentra en Michigan, solo uno de los progenitores con custodia legal debe firmar para delegar la atención de rutina).

Marque la casilla siguiente si desea delegar plenos poderes al padre o padres sustitutos:

☐ Pleno poder parental para dar su consentimiento informado a toda la atención médica, incluidos, entre otros, los cuidados dentales, la atención ambulatoria de salud mental, el tratamiento ambulatorio del alcoholismo y la drogadicción, **los principales**

PODER NOTARIAL PARA EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE MENOR DE EDAD

Nombre del paciente menor de edad:

Fecha de nacimiento: _____

Número de historia clínica: _____



**PODER NOTARIAL PARA EL TRATAMIENTO DE
UN PACIENTE MENOR DE EDAD - NO EN
CUIDADO DE ACOGIDA**

procedimientos quirúrgicos opcionales, el alta hospitalaria, pero **no incluye** el consentimiento para procedimientos extraordinarios y el tratamiento experimental. Esto incluye la facultad de firmar el formulario de Autorización del paciente y los Términos del servicio, y otras divulgaciones de información médica protegida a terceros, para la atención y el tratamiento proporcionados conforme a este documento. (Si se encuentra en Michigan, ambos progenitores con la custodia legal deben firmar la delegación de los poderes parentales plenos).

Divulgación de información médica protegida a los padres sustitutos. Yo/nosotros también autorizo/autorizamos a Emplify Health a divulgar información médica protegida sobre el paciente menor de edad al/los padre(s) sustituto(s), según sea necesario, para facilitarles el ejercicio del poder delegado. "Información Médica Protegida" se refiere a todas las historias clínicas y los registros de tratamiento relacionados con el paciente menor de edad que están protegidos y son confidenciales de acuerdo con la Parte 2 del 42 C.F.R., Estatuto de Wisconsin, §§ 51.30 y 146.82, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, Ley Pública 104-191, y las Normas de privacidad de la información médica identificable individualmente ("Normas de Privacidad de la HIPAA"), la Parte 160 y las subpartes A y E de la Parte 164 del 45 C.F.R.

Identificación de los padres sustitutos. Nombro/Nombramos a estos padres sustitutos con el poder delegado que se indica en el presente documento. Si se identifican dos padres sustitutos, cualquiera de ellos podrá ejercer el poder delegado.

☐ **Acceso de apoderado a MyChart:** al marcar esta casilla, usted autoriza al/los padre(s) sustituto(s) a tener acceso por poder a la cuenta MyChart del paciente menor de edad, válido durante el mismo período que este documento (ver en la página 1).

Padre sustituto n.º 1:
Nombre en letra de imprenta:
Relación con el paciente menor de edad:
Dirección: (incluya calle, ciudad, estado y código postal)
Número de teléfono:
Fecha de nacimiento: (obligatorio para el acceso del apoderado a MyChart)
Declaración: Yo, el padre sustituto nombrado arriba, entiendo que los progenitores nombrados en este formulario me delegaron los poderes especificados en este poder notarial para el tratamiento de un paciente menor de edad. Por la presente, declaro que tengo al menos 18 años de edad, que he leído el presente formulario, que comprendo los poderes que se me delegan en él, que soy apto, que estoy dispuesto y que soy capaz de asumir dichos poderes, y que acepto dichos poderes. Entiendo que esto no me convierte en el tutor legal del paciente menor de edad y que no puedo delegar los poderes especificados a un tercero.
⇒ Firma del padre sustituto n.º 1:
⇒ Fecha:

Padre sustituto n.º 2:
Nombre en letra de imprenta:
Relación con el paciente menor de edad:
Dirección: (incluya calle, ciudad, estado y código postal)
Número de teléfono:
Fecha de nacimiento: (obligatorio para el acceso del apoderado a MyChart)
Declaración: Yo, el padre sustituto nombrado arriba, entiendo que los progenitores nombrados en este formulario me delegaron los poderes especificados en este poder notarial para el tratamiento de un paciente menor de edad. Por la presente, declaro que tengo al menos 18 años de edad, que he leído el presente formulario, que comprendo los poderes que se me delegan en él, que soy apto, que estoy dispuesto y que soy capaz de asumir dichos poderes, y que acepto dichos poderes. Entiendo que esto no me convierte en el tutor legal del paciente menor de edad y que no puedo delegar los poderes especificados a un tercero.
⇒ Firma del Padre Sustituto n.º 2:
⇒ Fecha:

Nombre del paciente menor de edad:

Fecha de nacimiento: _____

Número de historia clínica: _____



**PODER NOTARIAL PARA EL TRATAMIENTO DE
UN PACIENTE MENOR DE EDAD - NO EN
CUIDADO DE ACOGIDA**

LÍMITES: este documento **no** puede utilizarse para delegar el poder de dar consentimiento a:

- matrimonio o adopción del paciente menor de edad;
- realización o inducción de un aborto en o para la paciente menor de edad;
- la extinción de la patria potestad sobre el paciente menor de edad;
- la colocación del paciente menor de edad en un hogar de acogida, en un hogar de grupo o en un centro de tratamiento hospitalario.

No privación: la presente delegación del poder parental no priva al progenitor de ninguna de sus facultades relativas al cuidado y la custodia del paciente menor de edad, ya sea otorgada por resolución judicial o por fuerza de ley.

Revocación: cualquier progenitor que firme este documento puede revocar esta delegación en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento mediante una notificación por escrito a Emplify Health, ATTN: Privacy Office, Mail Stop NCA1-09, 1900 South Ave., La Crosse, WI 54601.

Exención: yo/nosotros acepto/aceptamos eximir a Emplify Health, sus filiales y sus subsidiarias de toda responsabilidad por cualquier reclamación que surja de la prestación de atención médica al paciente y la divulgación de información médica protegida en virtud del presente documento.

Declaración de los padres: yo/nosotros he/hemos leído detenidamente y también considerado este formulario de consentimiento antes de firmarlo.

Progenitor n.º 1
Nombre en letra de imprenta:
Dirección: (incluya calle, ciudad, estado y código postal)
Número de teléfono:
Firma del progenitor n.º 1:
Fecha:

Progenitor n.º 2
Nombre en letra de imprenta:
Dirección: (incluya calle, ciudad, estado y código postal)
Número de teléfono:
Firma del progenitor n.º 2:
Fecha:

SOLO PARA MINNESOTA: La firma de los progenitores **DEBE** ser atestiguada por un notario.

En el Estado de _____, condado de _____. Firmado ante mí en este _____ (fecha).

_____, notario.
FIRMA - Notario público

NOMBRE (en letra de imprenta) - Notario público

Mi comisión expira: _____

SELLO DEL NOTARIO