



**CONSENTIMIENTO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, en mi capacidad como

(Circule 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 se me explicara por el médico. Entiendo un positivo o negativo de la prueba debiera 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/representate legal                      Nombre escrito                      Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/representate legal                      Nombre escrito                      Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/representate legal                      Nombre escrito                      Fecha: \_\_\_\_\_