



## Child Maltreatment Protocol

### 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