**Consent to Treat Minor Patient**

(Parent/Legal Guardian Authorization)

*A minor is defined as any patient who is under the age of 19. Exceptions to this are made in circumstances in which Nebraska State Law allows minors to seek certain healthcare services without parental consent.*

Patient Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This consent applies to all routine medical care including, but not limited to physical exams, diagnostic examinations *(including ultrasound and laboratory testing)*, verification and/or administration of immunizations, necessary medical treatment (including minor surgical procedures) and any counseling related to the visit. This consent also gives permission for birth control to be prescribed as deemed appropriate by the physician/nurse practitioner. Birth control methods may include the following: Barrier Methods, Intrauterine Devices (IUD), Birth Control Pills, Patches, Rings, Contraceptive Injections, Nexplanon Implants.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific diagnosis, treatment or medical care being required. Should my minor child need more invasive diagnostic or surgical procedures, attempts will be made to contact me before such care is initiated.

I further understand that this **consent is valid for 1 year**, and once my child reaches the age of majority, my consent for treatment is no longer required.

**APPROVAL OF CONSENT**

I **DO** agree to the information contained above and **DO** give consent for my minor child to make appointments or be seen by a provider/nurse practitioner at Columbus Women’s Health **unaccompanied** by a parent/legal guardian.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Signature of parent/guardian)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Signature of Columbus Women’s Health staff member*

**REFUSAL OF CONSENT**

I **DO NOT** agree to the information contained above and **DO NOT** give consent for my minor child to make appointments or be seen by a provider/nurse practitioner at Columbus Women’s Health. **unaccompanied** by a parent/legal guardian.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Signature of parent/guardian)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Signature of Columbus Women’s Health staff member*

**Consentimiento para tratar a una paciente menor de edad**

(Autorización del padre/tutor legal)

Un menor se define como cualquier paciente menor de 19 años. Las excepciones a esto se hacen en circunstancias en las que la Ley del Estado de Nebraska permite a los menores buscar ciertos servicios de atención médica sin el consentimiento de los padres.

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este consentimiento se aplica a toda la atención médica de rutina, incluidos, entre otros, exámenes físicos, exámenes de diagnóstico (incluidos ultrasonidos y pruebas de laboratorio), verificación y / o administración de vacunas, tratamiento médico necesario (incluidos procedimientos quirúrgicos menores) y cualquier asesoramiento relacionado con la visita.. Este consentimiento también da permiso para que el control de la natalidad sea prescrito según lo considere apropiado el médico / enfermera practicante.Los métodos anticonceptivos pueden incluir los siguientes: métodos de barrera, dispositivos intrauterinos (DIU), píldoras anticonceptivas, parches, anillos, inyecciones anticonceptivas, implantes Nexplanon.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención médica específica. Si mi hijo menor necesita procedimientos diagnósticos o quirúrgicos más invasivos, se intentará comunicarse conmigo antes de iniciar dicha atención.

Además, entiendo que **este consentimiento es válido por 1 año**, y una vez que mi hijo alcanza la mayoría de edad, ya no se requiere mi consentimiento para el tratamiento.

**APROBACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**Estoy de acuerdo** con la información contenida anteriormente y doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad haga citas o sea visto por un proveedor / enfermera practicante en Columbus Women's Health sin la compañía de un padre / tutor legal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del padre/tutor)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del miembro del personal de Columbus Women's Health

**DENEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**NO estoy de acuerdo** con la información contenida anteriormente y **NO doy su consentimiento** para que mi hijo menor de edad haga citas o sea visto por un proveedor / enfermera practicante en Columbus Women's Health sin la compañía de un padre / tutor legal.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del padre/tutor)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del miembro del personal de Columbus Women's Health