



SECCIÓN I: PARA SER LLENADA POR EL TRABAJADOR SOCIAL

APELLIDO del menor:		NOMBRE del menor:		FECHA DE NACIMIENTO del menor:	N.º LINK:	Sexo del menor:	
Nombre del proveedor de seguro médico:			N.º del grupo:	N.º de póliza:	Estatus legal del menor:		
APELLIDO del contacto de ubicación:		NOMBRE del contacto de ubicación:		Correo electrónico del contacto de ubicación:		N.º de teléfono del contacto de ubicación:	
Dirección de la ubicación (n.º y calle):				Ciudad:	Estado:	Código postal:	
APELLIDO del(de la) trabajador(a) social:		NOMBRE del(de la) trabajador(a) social:		Correo electrónico del(de la) trabajador(a) social:		N.º de teléfono del(de la) trabajador(a) social:	
APELLIDO del(de la) Supervisor(a) de trabajo social		NOMBRE del(de la) Supervisor(a) de trabajo social:		Correo electrónico del(de la) Supervisor(a) de trabajo social:		N.º de teléfono del(de la) Supervisor(a) de trabajo social:	
APELLIDO del(de la) enfermero(a) del Grupo de Recursos Regionales (RRG, por sus siglas en inglés):		NOMBRE del(de la) enfermero(a) del RRG:		Correo electrónico del(de la) enfermero(a) del RRG:		N.º de teléfono del(de la) enfermero(a) del RRG:	
Fecha de revisión del RRG:	Iniciales del(de la) enfermero(a) del RRG:	Oficina del DCF: Seleccione la oficina del DCF					

SECCIÓN II: SOLICITUD DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (A SER EJECUTADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CALIFICADA)

Nombre del profesional de atención médica / Clínica de especialidades / Proveedor calificados:				N.º de teléfono:			
Dirección (n.º y calle):			Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Diagnóstico / Justificación / Tratamiento:							
Nombre del procedimiento o tratamiento:				Tipo de anestesia a utilizar (si corresponde):			
Descripción del procedimiento o tratamiento incluyendo los riesgos/beneficios:							
Descripción de cualquier alternativa al procedimiento o tratamiento propuesto (su corresponde):							
Necesidades de atención preoperatoria (si corresponde):				Fecha de realización de los exámenes preoperatorios:			
Necesidades de atención postoperatoria (si corresponde):				Fecha de la cita de seguimiento:			
Comentarios:							
Nombre del proveedor de atención médica:			Firma del proveedor:			Fecha:	

SECCIÓN III: EL FIRMANTE, TENIENDO LA AUTORIDAD DE DAR SU CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DEL MENOR ANTES MENCIONADO, Y HABIENDO REVISADO LA EXPLICACIÓN OFRECIDA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CALIFICADO, POR MEDIO DE LA PRESENTE, CONSIENTE EN DICHO PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO.

Nombre del padre/de la madre (si el menor/adolescente está bajo una orden de custodia temporal [OTC, por sus siglas en inglés]):		Firma del padre/de la madre:		Fecha:	
Nombre del(de la) Supervisor(a) del programa del DCF (o superior)		Firma de(de la) Supervisor(a) del programa del DCF (o superior)		Fecha:	

