



Declaración jurada referente a los cuidados médicos de un menor

Estado de *West Virginia*, Condado: _____
Nombre del condado en el cual se encuentra localizado en el momento de firmar este documento

Yo, _____, debidamente juramentado, proporciono la siguiente
Nombre del adulto encargado de los cuidados

información:

A. 1. Mi nombre completo es: _____
Nombre del adulto encargado de los cuidados

2. Mi domicilio actual es: _____
Dirección del adulto encargado de los cuidados

3. Mi fecha de nacimiento es: _____
Fecha de nacimiento del adulto encargado de los cuidados

4. _____, nacido el _____
Nombre del niño Fecha de nacimiento del niño

5a. _____, ha residido continuamente conmigo desde el _____,
Nombre del niño Fecha en que el niño vino a vivir von usted

un período de tiempo que excede seis meses; 0

5b. Soy cercanamente emparentado con _____ de la siguiente forma:
Nombre del niño

- Hermano
- Abuelo o bisabuelo materno
- Tío materno
- Primo materno
- Abuelo o bisabuelo paterno
- Tío paterno
- Primo paterno
- Otros

6. Los nombres de los padres o de los tutores legales del niño son: _____

7. Las direcciones de los padres o de los tutores legales del niño son: _____

B. He intentado obtener el consentimiento de _____ referente a la
Padres/Tutores legales del niño
administración de cuidados médicos de _____, pero no he podido
Nombre del niño
hacerlo.

C. Estos son los intentos que he hecho para obtener el consentimiento de los tutores legales/padres para que
Nombre del niño
reciba cuidados médicos.

D. Según mi leal saber y entender el tutor legal/los padres de _____ no han
Nombre del niño
negado el consentimiento para la administración de los presentes cuidados médicos.

Al escribir una "x" al lado de cada uno de los siguientes párrafos reconozco que he leído o me han leído las siguientes declaraciones:

E. Notificaciones Generales: _____
Este consentimiento se promulga conforme al Código legislativo de Virginia § 49-11 y subsiguientes

Esta declaración no afecta los derechos de los padres, tutores, o tutores legales del menor con respecto a los cuidados, custodia o control del menor, a no ser con respecto a los cuidados médicos y no le otorga custodia legal del menor al adulto encargado de sus cuidados. Esta declaración jurada es válida por un año, a no ser que el menor no resida más en el hogar del adulto encargado de sus cuidados. Asimismo, los padres, tutores, o tutores legales del menor pueden, en cualquier momento, rescindir de esta declaración jurada, la cual otorga consentimiento al adulto encargado de los cuidados del menor en lo referente a sus cuidados médicos, presentando por escrito una notificación de rescisión de dicha declaración al proveedor médico correspondiente. Una persona que confíe de buena fe en esta declaración jurada, o consentimiento otorgado al adulto encargado de los cuidados del menor en lo referente a sus cuidados médicos, no tiene la obligación de llevar a cabo otras indagaciones o investigaciones y no debe estar sujeto a responsabilidades criminales o civiles o acciones disciplinarias profesionales debido a dicha confiabilidad.

F. Sanciones por falso testimonio: _____

§ 49-11-9. Sanciones por falso testimonio.

Una persona que intencionadamente presente un falso testimonio en una declaración jurada bajo este código legislativo es culpable de un delito menor y, tras haber sido condenado por el mismo, no debe ser multado por más de \$1.000.

G. Revocación y vencimiento del consentimiento _____

§ 49-11-6. Revocación y vencimiento del consentimiento.

- a) La declaración jurada del consentimiento otorgado al adulto encargado de los cuidados del menor en lo referente a sus cuidados médicos se sustituye por una notificación por escrito de los padres, tutores, o tutores legales del menor, otorgada al proveedor médico que administre los servicios al menor y que manifieste que la declaración jurada ha sido rescindida.
- b) La declaración jurada del consentimiento otorgado al adulto encargado de los cuidados del menor en lo referente a sus cuidados médicos es válida por un año a no ser que el menor no resida más en el hogar del adulto encargado de sus cuidados o que un padre, tutor, o tutor legal del menor revoque su aprobación por medio de una notificación escrita otorgada al proveedor médico que administre los servicios al menor y que manifieste que la declaración jurada ha sido rescindida. Si un padre, tutor, o tutor legal revoca su aprobación, el adulto encargado de los cuidados del menor debe notificar a todos los proveedores y planes de servicios médicos con los cuales el menor hay estado involucrado a través del adulto encargado de los cuidados del mismo.

En base a las declaraciones anteriores, creo que soy la persona indicada para dar consentimiento para que _____ reciba cuidados médicos.

Nombre del niño

Mi firma escrita a continuación fue rubricada el _____ día de _____, del 20_____ in

Día

Mes

_____, _____, Condado, West Virginia.

Ciudad

Condado

Firma del adulto encargado de los cuidados

STATE OF _____

COUNTY OF _____ to wit:

_____, a Notary Public of said County, do certify that

_____ whose name(s) are signed to the writing above bearing date on the

_____ day of _____, 20_____, have this date acknowledged the same before me.

Given under my hand this _____ day of _____, 20_____.

Notary Public

My commission expires: _____



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health.

Esta clínica es beneficiaria del programa Health Center Program, bajo el código 42 USC 254b) y designada como Public Health Service