

**Instrucciones:** Este formulario se debe utilizar para inscribir a menores de 18 años en un programa de asistencia médica (Health Home)\* y debe firmarlo el padre, tutor o un representante legalmente autorizado del menor. Un representante legalmente autorizado para la inscripción en Health Home se define de la siguiente manera: "una persona o un organismo autorizado por una ley estatal, tribal, militar o cualquier otra, por orden judicial o consentimiento para actuar en representación de una persona en lo que respecta a las decisiones de atención médica". Todas las partes correspondientes deben completar y firmar el *formulario de Consentimiento/Divulgación de información/Para utilizar con menores de 18 años de Health Home* (DOH 5201).

**\*[Se debe tener en cuenta que las menores embarazadas, aquellos menores que sean padres y/o que estén casados, y que por algún otro motivo pueden otorgar consentimiento, no deben utilizar este formulario. En su caso, deben utilizar el formulario *Consentimiento para divulgar información de pacientes de Health Home* (DOH 5055)].**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL HEALTH HOME

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MENOR EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR

Se me explicó que el menor mencionado anteriormente está calificado para estar en un programa Health Home.

Leí y comprendí la hoja de preguntas frecuentes de Health Home.

Las preguntas que tenía acerca del programa Health Home me las respondió

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DE HEALTH HOME Y CARGO

Comprendo qué es el programa Health Home y cómo puede ayudar a este menor. Comprendo qué significa estar inscrito en Health Home y por qué se compartirá la información de salud de este menor.

**Al firmar este formulario, acepto que**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MENOR

**quedará inscrito en**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE HEALTH HOME

**Health Home.**

Comprendo que este formulario de consentimiento reemplaza otros formularios de inscripción en Health Home que hubiese firmado anteriormente.

Comprendo que puedo cambiar de opinión y anular este consentimiento en cualquier momento si firmo un *Consentimiento/Renuncia a la inscripción en Health Home y a la divulgación de información/Para utilizar con menores de 18 años de Health Home* (DOH 5202).

**Si no firmo este formulario de consentimiento, comprendo que el menor no quedará inscrito en Health Home.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL CON EL MENOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR

\_\_\_\_\_  
FECHA