



Chico Clinic

845 W. East Avenue  
Chico, CA 95926  
(530) 896-9400  
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15  
Chico, CA 95926  
(530) 433-2500  
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175  
Chico, CA 95928  
(530) 781-1440  
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 529-2567  
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street  
Willows, CA 95988  
(530) 934-4641  
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 661-4400  
Fax: (530) 661-4416

# Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic  
530-520-6913  
www.nvih.org

## AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA

Fecha: \_\_\_\_\_

En mi carácter de padre/madre o tutor de \_\_\_\_\_, autorizo a  
(Nombre del paciente en letra de molde)

\_\_\_\_\_ para solicitar atención médica para mi hijo/a  
(Nombre de familiar or amigo en letra de molde)

desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_. También presto mi consentimiento para  
(fecha de inicio) (fecha de finalización)

cualquier tipo de tratamiento médico o procedimiento al que deba someterse mi hijo/a por parte de un profesional médico autorizado, ya sea porque así se requiera o porque sea aconsejable para el bienestar de mi hijo/a.

**Esta solicitud será válida por el término de un año. Será responsabilidad del padre/madre o tutor informar a Northern Valley Indian Health acerca de cualquier tipo de cambio que se produzca.**

De conformidad con lo establecido previamente, solicito no ser informado por adelantado de la naturaleza y el carácter del tratamiento propuesto, sus resultados, posibles alternativas, y los riesgos, las complicaciones y ventajas previstas del tratamiento propuesto, y de las formas alternativas de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento alguno.

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de molde):  
\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PARA USO EXCLUSIVO DE NVIH:

\_\_\_\_\_  
HRN  
(Nombre del paciente)



Chico Clinic

845 W. East Avenue  
Chico, CA 95926  
(530) 896-9400  
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15  
Chico, CA 95926  
(530) 433-2500  
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175  
Chico, CA 95928  
(530) 781-1440  
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 529-2567  
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street  
Willows, CA 95988  
(530) 934-4641  
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 661-4400  
Fax: (530) 661-4416

# Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic  
530-520-6913

www.nvih.org

## Autorización para el tratamiento odontológico de menores sin presencia de su padre/madre o tutor

Northern Valley Indian Health, Inc. (NVIH) deberá contar con la autorización de los padres o del tutor del menor antes de que este reciba algún tipo de tratamiento odontológico en el que no exista un riesgo de vida (en situaciones de urgencia, generalmente existe un consentimiento tácito para proceder con el tratamiento). Mediante esta solicitud se nos otorga autorización legal para tratar a su hijo/a en caso de que no pueda acompañarlo/a a NVIH para que reciba tratamiento odontológico, que incluye, entre otros procedimientos: tratamientos con flúor, diagnóstico por imágenes, chequeos generales, rellenos de resina compuesta, selladores, y extracciones. NVIH proporcionará tratamiento odontológico al menor de edad sin la presencia del padre/madre o tutor siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- El menor deberá estar siempre acompañado por uno de sus padres o su tutor en todas las consultas para chequeo/diagnóstico en NVIH.
- El menor deberá tener trece (13) años o más.
- Esta solicitud deberá presentarse personalmente y en forma directa en nuestra oficina, antes de la fecha de entrada en vigencia de esta solicitud.
- El padre/madre o tutor nos haya informado que no estará presente durante la consulta antes de que el menor concurra a la cita.
- Esta "Autorización para el tratamiento odontológico de menores sin presencia de su padre/madre o tutor" permanecerá vigente solo durante el período indicado abajo.
- El odontólogo se reserva el derecho de rehusarse a tratar menores de edad en procedimientos en los que no exista riesgo de vida si a su criterio es necesaria la presencia del padre/madre o tutor durante el tratamiento.
- A criterio del profesional odontólogo, para algunos procedimientos se requerirá la presencia de los padres o de algún otro adulto que cuente con la debida autorización para tomar decisiones vinculadas al tratamiento .
- Se requerirá la presencia del padre/madre o tutor para todos los procedimientos que requieran el uso de N<sub>2</sub>O (óxido de dinitrógeno, gas hilarante).

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ HRN# \_\_\_\_\_

En caso de urgencia, podrán contactarme en:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Otros teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_ soy titular del derecho para otorgar autorización previa a NVIH y a su personal para que proporcionen tratamientos y cuidados odontológicos a mi hijo/a menor de edad \_\_\_\_\_.

Presto mi consentimiento para que mi hijo/a menor de edad pueda recibir tratamiento que incluye, entre otros procedimientos: tratamientos con flúor, diagnóstico por imágenes, chequeos, rellenos de resina compuesta, selladores, y extracciones en NVIH sin la presencia de adultos.

Desde \_\_\_\_\_ (ingrese la fecha) Hasta \_\_\_\_\_ (ingrese la fecha)

Entiendo y acepto que, como padre/madre o tutor, seré responsable de pagar todo gasto razonable en que se incurra debido a los cuidados y el tratamiento que reciba mi hijo/a menor de edad.

Yo, el paciente/persona legalmente autorizada puedo comunicarme en inglés de forma eficaz.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Chico Clinic

845 W. East Avenue  
Chico, CA 95926  
(530) 896-9400  
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15  
Chico, CA 95926  
(530) 433-2500  
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175  
Chico, CA 95926  
(530) 781-1440  
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 529-2567  
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street  
Willows, CA 95988  
(530) 934-4641  
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 661-4400  
Fax: (530) 661-4416

# Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic  
530-520-6913  
www.nvih.org

## Autorización para el tratamiento médico de un menor sin presencia del padre/madre o tutor

Northern Valley Indian Health, Inc. (NVIH) deberá contar con la autorización de los padres o del tutor del menor antes de que éste reciba algún tipo de tratamiento en una cita médica en el que no exista un riesgo de vida (en situaciones de urgencia, generalmente existe un consentimiento tácito para proceder con el tratamiento). Este formulario nos da permiso legal para tratar a su hijo/a en caso de que no pueda a acompañarlo/a a NVIH para un tratamiento médico, para una cita médica de seguimiento, vacunas, o un tratamiento médico no invasivo. NVIH proporcionará tratamiento al menor de edad sin la presencia del padre/madre o tutor en la cita médica siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- El padre/madre o tutor legal deberá asistir a la evaluación inicial del menor en NVIH.
- El menor deberá tener doce (12) años o más.
- El padre/madre o tutor legal deberá presentar personalmente este formulario directamente en nuestra oficina antes de la fecha de entrada en vigencia del formulario.
- El padre/madre o tutor legal deberá haber avisado a nuestra oficina que no estará presente durante la cita antes de que el menor concurra a la cita.
- Esta "Autorización para el tratamiento de un menor sin presencia del padre/madre o tutor" permanecerá vigente solo durante el período indicado abajo.
- El proveedor médico se reserva el derecho a negarse a tratar a un menor de edad en procedimientos en los que no exista riesgo de vida si, a su criterio, es necesaria la presencia del padre/madre o tutor durante el tratamiento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

En caso de urgencia, podrán contactarme en:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Otro teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor de \_\_\_\_\_ estoy facultado para otorgar autorización previa a NVIH y a su personal para que brinden tratamientos y servicios médicos a mi hijo/a menor de edad cuyo nombre se indica arriba. Presto mi consentimiento para que mi hijo/a menor de edad pueda recibir vacunas y tratamiento médico no invasivo en NVIH sin la compañía de un adulto.

Desde \_\_\_\_\_ (ingrese la fecha) Hasta \_\_\_\_\_ (ingrese la fecha)

Entiendo y acepto que, como padre/madre o tutor, seré responsable de pagar todo gasto razonable en que se incurra debido a los cuidados y el tratamiento que reciba mi hijo/a menor de edad.

Yo, el paciente/persona legalmente autorizada puedo comunicarme en inglés de forma eficaz.

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

HRN# (Historia Clínica) \_\_\_\_\_



Chico Clinic

845 W. East Avenue  
Chico, CA 95926  
(530) 896-9400  
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15  
Chico, CA 95926  
(530) 433-2500  
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175  
Chico, CA 95928  
(530) 781-1440  
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 529-2567  
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street  
Willows, CA 95988  
(530) 934-4641  
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 661-4400  
Fax: (530) 661-4416

# Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic  
530-520-6913  
www.nvih.org

## DECLARACIÓN JURADA CON AUTORIZACIÓN PARA EL CUIDADOR

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ HRN# (Historia Clínica) \_\_\_\_\_

El uso de la presente declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5 (con inicio en la Sección 6550) de la División 11 del Código de Familia de California.

**Instrucciones:** Será suficiente con completar los puntos 1 a 4 de la declaración jurada para autorizar la inscripción de un menor en una escuela y autorizar la atención médica en la escuela. Será necesario completar adicionalmente los puntos 5 a 8 para autorizar cualquier otro tipo de atención médica. **Escriba en letra de molde clara.**

El menor que se indica a continuación vive en mi casa, y yo soy mayor de 18 años.

1. Nombre del menor: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_\_
3. Mi nombre: \_\_\_\_\_  
(Adulto que otorga la autorización)
4. Dirección de mi casa (Calle, número de departamento, ciudad, estado, código postal):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5.  Soy abuelo/a, tío/tía u otro pariente calificado del menor.  
(Ver la página 2 de este Formulario para conocer la definición de "pariente calificado")
6. Marque una de las dos opciones (por ejemplo, si se avisó a uno de los padres y no se pudo ubicar al otro):  
 He avisado al padre/madre o a otras personas con custodia legal del menor sobre mi intención de autorizar el cuidado médico, y no he recibido objeción alguna.  
 No puedo comunicarme con el padre/madre u otras personas con custodia legal del menor en este momento, para avisarles sobre mi intención de autorizar el cuidado médico.
7. Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
8. Mi número de licencia de conducir o documento de identidad de California: \_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA: No firme este formulario si algunas de las afirmaciones anteriores son incorrectas, o si estaría cometiendo un delito punible con multa, prisión o ambas.**

Yo, el Paciente/Persona Legalmente Autorizada puedo comunicarme en inglés de manera eficaz.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que lo que antecede es veraz y correcto.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### AVISOS

1. Esta declaración no afecta los derechos del padre/madre o tutor del menor respecto de su cuidado, custodia y control del menor, y no implica que el cuidador tiene la custodia legal del menor.
2. Cualquier persona que se ampare en esta declaración jurada no está obligado a realizar ninguna otra investigación o consulta.
3. La presente declaración jurada tendrá una vigencia máxima de un año a partir de la fecha en que se firma.

[www.saccourt.ca.gov](http://www.saccourt.ca.gov)



Chico Clinic

845 W. East Avenue  
Chico, CA 95926  
(530) 896-9400  
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15  
Chico, CA 95926  
(530) 433-2500  
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175  
Chico, CA 95928  
(530) 781-1440  
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 529-2567  
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street  
Willows, CA 95988  
(530) 934-4641  
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 661-4400  
Fax: (530) 661-4416

# Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic  
530-520-6913  
www.nvih.org

## INFORMACIÓN ADICIONAL

### A LOS CUIDADORES:

- 1) "Pariente calificado", a los fines del punto 5, se refiere a uno de los cónyuges, padres, suegros, hermanos, cuñados, medios hermanos, tíos, sobrinos, primos primeros, abuelos o bisabuelos o el cónyuge de cualquiera de las personas especificadas en esta definición, incluso después de que se hubiera terminado el matrimonio por fallecimiento o disolución del vínculo.
- 2) En caso de no ser un pariente o un padre/madre de acogida actualmente habilitado, es posible que le ley le exija obtener una licencia de hogar de acogida para poder cuidar a un menor. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el departamento local de servicios sociales.
- 3) Si el menor deja de vivir con usted, usted está obligado a dar aviso a la escuela, al proveedor de atención médica o al plan de servicios de salud al cual le entregó esta declaración jurada.
- 4) Si usted no cuenta con la información solicitada en el punto 8 (licencia de conducir o documento de identidad de California), deberá presentar otra forma de identificación, como el número de seguro social o número de Medi-Cal.

### AL PERSONAL ESCOLAR:

- 1) La sección 48204 del Código de Educación establece que esta declaración jurada constituye base suficiente para determinar la residencia del menor, sin necesidad de solicitar una orden de tutela u otra orden de custodia, salvo que el distrito escolar determine a partir de hechos reales que el menor no está viviendo con el cuidador.
- 2) El distrito escolar podrá también solicitar prueba razonable de que el cuidador vive en el domicilio establecido en el punto 4.

### A LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y PLANES DE SERVICIOS DE SALUD:

- 1) Ninguna persona que se ampare de buena fe en la declaración jurada que autoriza al cuidador a brindar atención médica u odontológica, sin que tuviera conocimiento de ningún hecho contrario a los indicados en la declaración jurada, podrá ser penal o civilmente responsable frente a una persona, ni será objeto de ninguna medida disciplinaria profesional, por ampararse en dicha declaración jurada siempre que se hubieran completado las partes correspondientes del formulario.
- 2) Esta declaración jurada no otorga dependencia a los fines de la cobertura del cuidado de la salud.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ HRN# (historia clínica) \_\_\_\_\_



Chico Clinic

845 W. East Avenue  
Chico, CA 95926  
(530) 896-9400  
Fax: (530) 896-9407

Dental and Maternal Health Center

500 Cohasset Rd. Ste 15  
Chico, CA 95926  
(530) 433-2500  
Fax: (530) 433-2510

Children's Health Center

1515 Springfield Dr. Ste 175  
Chico, CA 95928  
(530) 781-1440  
Fax: (530) 342-1663

Red Bluff Clinic

2500 N. Main Street  
Red Bluff, CA 96080  
(530) 529-2567  
Fax: (530) 529-2552

Willows Clinic

207 N. Butte Street  
Willows, CA 95988  
(530) 934-4641  
Fax: (530) 934-4081

Woodland Clinic

175 West Court Street  
Woodland, CA 95695  
(530) 661-4400  
Fax: (530) 661-4416

# Northern Valley Indian Health, Inc.

Mobile Dental Clinic  
530-520-6913  
www.nvih.org

## Documentación sobre condición de autosuficiencia del menor

A los fines de obtener diagnóstico y tratamiento médico, odontológico o quirúrgico, de acuerdo con la sección 6922 del Código de Familia, por la presente certifico la veracidad de la información que sigue:

1. Tengo quince años de edad o más, y nací el \_\_\_\_\_(fecha), en

\_\_\_\_\_ (lugar).

2. Estoy viviendo en un lugar distinto y separado de mis padres o tutor legal.

\_\_\_\_\_ (Residencia)

\_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

\_\_\_\_\_ (Residencia del padre/madre/tutor)

\_\_\_\_\_ (Número de teléfono)

3. Manejo mis propios asuntos financieros.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nombre/Dirección del empleador)

\_\_\_\_\_ (Otras fuentes de ingreso)

\_\_\_\_\_ (Lugar de la cuenta bancaria)

4. Entiendo que, según la ley, seré financieramente responsable del tratamiento y los cuidados médicos, odontológicos y quirúrgicos que reciba.

\_\_\_\_\_ (Nombre en letra de molde)

\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha)