

Formulario de Consentimiento/Autorización para Evaluaciones Médicas e Infantiles/Familia

Nombre del Niño  
Nombre del Niño  
Nombre del Niño

Fecha de Nacimiento  
Fecha de Nacimiento  
Fecha de Nacimiento

Por la presente autorizo

para realizar:

- Una Evaluación Médica Infantil (CME), incluyendo estudios de diagnóstico y fotografías, sobre el niño antes mencionado.
- Una Evaluación Infantil/Familia (CFE), incluyendo estudios de diagnóstico, sobre el niño antes mencionado.

Además, autorizo al examinador mencionado anteriormente para proporcionar la totalidad del expediente médico a (Todos los incisos deben ser marcados):

- Un departamento de servicios sociales del condado (DSS, que se ofrece servicios de protección al niño antes mencionado)
- Programa de Evaluación Médica Infantil de NC (CMEP)
- División de Servicios Sociales de NC
  
- Entiendo que, como padre/tutor legal, no tendré acceso a informes de Evaluación Médica Infantil o Evaluación Infantil y Familiar.
- Entiendo que información limitada se puede proporcionar a el padre/tutor legal y con profesionales médicos y/o de salud mental que brindan atención al niño después de la evaluación. Esto puede incluir:
  - Síntomas de salud mental
  - Resultados del examen físico
  - Estudios de laboratorio
- Reconozco que esta evaluación se utiliza para tomar determinaciones de maltrato infantil y es un componente de una evaluación de los servicios de protección infantil de NC.

Esta remisión se hace por autoridad de (marque uno):

- Padre
- Guardián Legal
- DSS Director - Cuando actúa como tutor temporal de un niño encontrado abandonado o sin un tutor natural (G.S. 35A-1220) o cuando ha sido investido con derechos parentales por la adopción o terminación de las leyes de derechos parentales (G.S. 48-3-705 y 7B-1112).
- Orden del Juez - De acuerdo con G.S. 7B-505.1, cuando una orden judicial autoriza esta evaluación.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

**Por favor complete el formulario en la página 2**

Formulario de Consentimiento/Autorización para Evaluaciones Médicas e Infantiles/Familia

**(Para ser completado por el DSS del condado que hace la referencia)**

El proveedor de servicios mencionado anteriormente está autorizado a reclamar el reembolso de acuerdo con el Contrato de Compra de Servicio, si el niño es objeto de una Evaluación de CPS abierta y una agencia de bienestar infantil del condado ha referido al niño para un CME/CFE.

Caso abierto para la evaluación de CPS (Código de servicio 210 y 212): SI NO

Condado: SIS o CNDS:

Es Medicaid la aseguradora principal: SI NO Medicaid

Autorizo la remisión para que los niños mencionados anteriormente reciban un CME/CFE a petición del DSS del Condado.

\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma del representante del condado de DSS

Trabajador de Bienestar Infantil del Condado:

Correo electrónico:

Teléfono:

Supervisor de Bienestar Infantil del Condado:

Correo electrónico:

Teléfono: