



## GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

### FORMULARIO

#### CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS NO URGENTES A MENORES DE EDAD

La Ley Núm. 139 del 1 de agosto de 2019, conocida como la “**Ley de Consentimiento por Representación para Tratamiento Médico no Urgente a Menores de Edad**”, tiene el propósito de permitir que las personas con patria potestad brinden su consentimiento para que los menores puedan recibir tratamientos médicos no urgentes.

Según establece la Ley Núm. 139, **supra**, se autorizan tratamientos médicos no urgentes a menores de edad sin ser necesaria la presencia de la persona con patria potestad del menor, siempre y cuando, la persona con patria potestad haya autorizado previamente la prestación de estos servicios.

Se entenderá como “**Tratamientos Médicos No Urgentes**” aquellos tratamientos médicos que no son emergencia. Esto Incluye tratamientos rutinarios o de seguimiento, tales como: servicios ambulatorios, servicios dentales, servicios de rayos X, exámenes de laboratorio, servicios de inmunización o cualquier otro servicio de salud que cumpla con las características mencionadas.

**Para que este consentimiento sea efectivo la persona que tenga la patria potestad tiene que ser competente; deberá suscribir el presente consentimiento previo a que se brinden los tratamientos médicos y deberá suscribirlo ante la presencia del proveedor del servicio médico o su personal administrativo. La persona con patria potestad deberá especificar los tratamientos o servicios médicos no urgentes autorizados, así como, los no autorizados.**

El consentimiento por representación deberá ser firmado por al menos una de las personas con patria potestad sobre el menor. La vigencia de este consentimiento será indicada por el padre custodio y no podrá ser por un periodo mayor a un (1) año. Esta vigencia será a partir de la firma del mismo.

Al momento del tratamiento, el menor de edad debe estar acompañado de un adulto previamente autorizado de acuerdo a la voluntad de la persona con patria potestad. El adulto autorizado debe acreditar su identidad mediante una identificación oficial. La identidad se podrá acreditar mediante licencia de conducir, pasaporte u otra identificación expedida por el Gobierno de Puerto Rico o estado con firma y foto.

En todo caso, los tratamientos médicos no urgentes serán ofrecidos por profesionales autorizados por el Estado a ejercer su profesión. El profesional autorizado mantendrá copia del consentimiento por representación, debidamente completado y firmado, en el expediente médico del menor.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Núm. Expediente \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE PERSONAS CON PATRIA POTESTAD

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Relación con el menor \_\_\_\_\_

Identificación Oficial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Relación con el menor \_\_\_\_\_

Identificación Oficial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL ADULTO AUTORIZADO A ACOMPAÑAR AL MENOR

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Relación con el menor \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Identificación Oficial \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ (Persona con Patria Potestad) autorizó a \_\_\_\_\_ (Persona autorizada) a acompañar al menor \_\_\_\_\_ a recibir los siguientes servicios médicos no urgentes:

Descripción del Servicio o Tratamiento Médico Autorizado
1.
2.
3.

Descripción del Servicio o Tratamiento Médico <u>No Autorizado</u>
1.
2.
3.

### FIRMAS:

Persona con patria potestad: \_\_\_\_\_

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

Periodo o Término de la autorización: \_\_\_\_\_

Acompañante: \_\_\_\_\_

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

---

### Para ser llenado iniciado por el proveedor del servicio médico o su personal administrativo

A mi mejor conocimiento, la persona con patria potestad que autoriza los tratamientos médicos no urgentes al menor de edad, sin su presencia, es una persona competente.

La presente autorización ha sido suscrita previo a que se brinden los tratamientos médicos no urgentes al menor.

La presente autorización ha sido suscrita por la persona con patria potestad ante mi presencia.

\_\_\_\_\_  
**Proveedor de Servicio o Personal Administrativo Autorizado**

De conformidad con la Ley 139-2019, no incurrirá en responsabilidad civil el profesional autorizado o la institución que ofreció el tratamiento a un menor de edad al cumplir con los requisitos de esta Ley y cuente con el presente consentimiento. Esto solo aplica a ofrecimiento

**(FORMULARIO CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS NO URGENTES A MENORES DE EDAD)**

de tratamiento y/o atención médica, no a las acciones u omisiones negligentes que pudiera incurrir el profesional de la salud en la administración del tratamiento.