****

Sampson County CAC

204 Sampson Street, Clinton, NC 28328

910-490-9100

**Consentimiento Para Tratamiento**

**Nombre del Menor**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre Inicial 2do. Nombre

**Fecha de Nacimiento del Menor**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MM/DD/AA

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tengo autoridad para dar mi consentimiento para la evaluación y tratamiento del menor mencionado anteriormente como:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ | El padre del menor |
| \_\_\_\_ | El tutor legal o custodio del menor |
| \_\_\_\_ | Director del DSS actuando de conformidad a una orden judicial autorizada por N.C.G.S. 7B-505.1(b) |

Por la presente Autorizo al Centro de Defensa Infantil del Condado de Sampson, Inc. a realizar lo siguiente en el menor mencionado anteriormente:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| \_\_\_\_ | Entrevista Forense |
|  |  |
|  |  |

Al firmar a continuación, doy permiso al proveedor designado para realizar la evaluación(es) anterior, porciones de lo cual incluye fotografías y/o videos, y en administrar cualquier tratamiento que se considere necesario o aconsejable en el diagnóstico y tratamiento del menor mencionado anteriormente.

Reconozco que la evaluación se usa para tomar decisiones con respecto a denuncias de abuso fisico, sexual y/o negligencia.

Para los casos referidos por el Departamento de Servicios Sociales (DSS), entiendo que los hallazgos de la Evaluación Médica del Menor o la Evaluación de la Familia del Menor serán entregados al Departamento de Servicios Sociales del Condado, al Programa de Evaluación Medico Infantil y a cualquier agencia o individuo que el DSS considere necesario.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizado para dar consentimiento Relación al Menor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo Fecha