



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD FINANCIERAMENTE INDEPENDIENTE

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Soy un menor emancipado y puedo dar mi consentimiento para mi propio tratamiento o el tratamiento de mi niño/niña porque yo cumpla con uno o más de los siguientes criterios:

- Soy menor de 18 años y estoy casado/a y no vivo con mis padres o tutores
- Soy menor de 18 años y actualmente sirvo en el ejército
- Estoy emancipado por orden del tribunal
- Tengo 15 años y vivo separado y aparte de mis padres, y soy responsable de mis propios asuntos financieros.
- Actualmente estoy encarcelado

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha