

**CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN PARA EVALUACIÓN DE LA SALUD MÉDICA/MENTAL  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN MÉDICA DEL NIÑO**

I. A. Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Nombre) (2do. Nombre) (Apellido)

B. La evaluación es un componente de las investigaciones de los servicios de protección al niño y se usa para tomar decisiones con relación a alegatos de abuso o descuido del niño. La referencia se hace con la autoridad de (marque uno):

- Madre/Padre
- Tutor legal
- Director del Departamento de Servicios Sociales (DSS) - Cuando actúa como tutor temporal del niño(a) encontrado(a) abandonado(a) o sin tutor natural o cuando ha sido conferido con derechos de patria potestad por leyes de adopción o terminación de los derechos de patria potestad (G.S.35A-1220).
- Orden del Juez - De acuerdo con G.S. 7A-647(3) cuando una orden de la corte autoriza esta evaluación (se adjunta la orden de la corte).

C. Yo por el presente autorizo \_\_\_\_\_ a realizar:  
(Nombre del examinador)

- Una evaluación médica, que incluye estudios de diagnóstico y fotografías del niño(a) arriba mencionado(a).
- Una evaluación de la salud mental, que incluye estudios de diagnóstico del niño(a) arriba mencionado(a).

Además, Yo autorizo a \_\_\_\_\_ a que divulgue los resultados de las evaluaciones al departamento de servicios sociales del condado, al Programa de Evaluación Médica del Niño (CMEP) y a cualquier agencia o persona que se considere necesaria por el departamento de servicios sociales del condado.

---

Firma de madre /padre /tutor	Fecha	Naturaleza de la autoridad para consentir (es decir: madre/padre, tutor, custodia)
------------------------------	-------	--

II. El proveedor está autorizado a reclamar un reembolso de acuerdo con la Compra del Contrato de Servicio por los siguientes servicios proporcionados al niño(a) arriba mencionado(a):

- A. Fecha de apertura del caso para el Servicio de Código 212: \_\_\_\_\_
- B. ¿Disponible para Medicaid? sí \_\_\_ no \_\_\_ Número de Medicaid: \_\_\_\_\_
- C. Número de Identificación del Menor (SIS): \_\_\_\_\_
- D. Número del Caso en el Condado: \_\_\_\_\_
- E. Número de Identificación del Programa de Compra: \_\_\_\_\_ 00161

III. A. Departamento de Servicios Sociales del Condado \_\_\_\_\_

B. Trabajador social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

C. Firma del representante autorizado del condado: \_\_\_\_\_

D. Fecha: \_\_\_\_\_

Propósito del formulario: Este formulario se usará para remitir a un(a) niño(a) a una evaluación de salud médica/mental por medio del Programa de Evaluación Médica del Niño y por el DSS para transmitir a los proveedores la autorización y la información necesaria para reclamar el reembolso.

Sección I:

- A. Anote el nombre del niño(a) a quien se le provee el servicio.
- B. Verifique la fuente de autoridad para el consentimiento de la evaluación (véase el Vol. I Capítulo III, Servicios de Bienestar del Niño (Child Welfare Services) y Uso de la Corte Juvenil, Apéndice XII para aclarar el consentimiento).
- C. Anote el nombre del examinador autorizado y el tipo de evaluación requerida (El examinador debe ser subcontratado por medio del CMEP mediante "carta de convenio" ["letter of agreement"] para la provisión de servicios directos al cliente).

Obtenga la firma de la persona autorizada para el consentimiento de la evaluación y la fecha de obtención de la firma. **Nota: El consentimiento debe ser firmado antes o en la fecha del examen.**

Sección II:

- A. El Servicio de Código 212 es específico para estudios y evaluaciones médicas, psicológicas y diagnósticos medicolegales cuando sea necesario justificar y evaluar las circunstancias de abuso o descuido de niños.  
  
Se debe anotar la fecha en que entra en vigor. Esta fecha es la misma que la fecha al inicio del período de autorización en el DSS-5027. El caso debe ser abierto para el Servicio de Código 212.
- B. Determine si el niño(a) es elegible para Medicaid. Si lo es, anote el número de Medicaid del niño(a) para quien este servicio es autorizado.
- C. Anote el número SIS del niño(a) para quien este servicio es autorizado.
- D. Anote el número de registro del caso en el condado.
- E. No se requiere anotaciones adicionales. El número de identificación del programa de compra permanece constante para el Programa de Evaluación Médica del Niño.

Sección III:

- A. Anote el nombre del condado que autoriza el servicio.
- B. Anote el nombre y número. de teléfono del trabajador social que completó el formulario.
- C. Este formulario debe ser firmado por un representante autorizado del director del departamento de servicios sociales del condado. Anote la fecha en la cual se firmó este formulario.

**DISTRIBUCIÓN:** Complete en duplicado. Una copia para el registro de servicios y otra para el proveedor, adjunta al formulario del Informe de Evaluación.