

D/D^a, con DNI.....
en calidad de padre/madre/tutor/a del/ de la
menor.....,
y D/D^a, con DNI.....,
en calidad de padre/madre/tutor/a del mismo menor, he sido informado/a de:

- 1) Que dicho menor ha sido remitido a la Unidad de Salud Mental Infantil y del Adolescente del Departamento nº4 (Sagunto) de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana
- 2) Autorizo, por tanto, a los profesionales de dicha Unidad a intercambiar información que obre en la Historia Clínica del menor arriba citado, con otros organismos públicos y/o privados (Órganos judiciales, Ministerio Fiscal, Servicios Sociales Generales y/o Especializados, Centros escolares y otros profesionales a nivel particular) con el objetivo de clarificar diagnóstico y/o tratamiento
- 3) Autorizo a que dicho menor, en caso de estimarse oportuno, acuda a seguimiento a dicha Unidad y reciba tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico si procede.

El presente documento será firmado por ambos progenitores en caso de que estos no convivan.

Fdo. Fdo.

Fecha:..... Fecha:.....

Sr./Sra., con
DNI nº., como padre/madre/tutor legal del/de la menor
....., **revoco** el consentimiento para que este/a sea tratado
en la USMIA de Sagunto y/o intercambiar información con otros profesionales sobre mi hijo/hija/s.

Puerto de Sagunto,, de..... de 201..

El presente documento se realiza acorde a las Instrucciones de la Secretaría Autonómica de Sanidad, emitida en fecha 02/10/13 (en base a Ley 41/2002; Ley 5/2011) por la que se regula la atención en los Centros Sanitarios públicos de los hijos e hijas menores cuyos padres no conviven; “en los casos en los que se trate de (...) atención psicológica o tratamientos médicos que requieran la prestación del consentimiento informado y siempre que se trate de menores de 16 años y menores no emancipados, los padres deberán prestar conjuntamente su consentimiento”