



Consentimiento para Tratamiento Médico

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ MRN _____

Reconozco que estoy buscando servicios médicos y yo, por la presente y voluntariamente doy consentimiento para autorizar a los médicos, proveedores de medio nivel (Asistente de médico, enfermera de práctica avanzada, enfermera partera certificadas), dentistas, terapeutas y el personal de El Centro en todos sus lugares de servicio para proporcionar servicios de salud para mí. Los servicios de atención médica pueden incluir rutina evaluación física y mental, pruebas para diagnósticas y monitoreo y procedimientos, exámenes y tratamiento médico o dental, si está disponible. Los servicios de salud pueden incluir, pero no se limitan a, trabajo de laboratorio de rutina, tales como sangre, orina y otros estudios, radiografías y otros estudios con imágenes, estudio de corazón (EKG), administración de medicamentos, así como procedimientos y tratamiento prescritos por el personal médico o dental. Los servicios de atención médica también pueden incluir asesoramiento necesario recibir servicios adecuados, incluyendo servicios de planificación familiar, tal como se definen en el reglamento federal.

Autorizo al diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible que deba notificarse.

Autorizo al examen y tratamiento a la adicción química y de drogas, dependencia de sustancias químicas o de drogas, o cualquier otra condición relacionada al uso de productos químicos o drogas.

Doy mi consentimiento para recibir consejería por un proveedor de salud médica, dental, mental o de abuso sexual, físico o emocional, prevención de suicidio, o química adicción o dependencia.

Entiendo que se me pedirá firmar un consentimiento informado independiente para cada vacuna que se me administre a mí y que recibiré una declaración de información de la vacuna (VIS) por cada vacuna. Entiendo que hay un formulario de consentimiento separado que se me puede pedir a firmar para pruebas de condiciones infecciosas.

Entiendo que no se me están dando garantías con respecto a los resultados del tratamiento suministrado o la eficacia de cualquier método anticonceptivo prescrito a mí.

Autorizo a El Centro de Corazón para compartir información médica, mental y dental a terceros como las aseguradoras con el propósito de presentar cobros de seguros relacionadas con mi cuidado.

He recibido la notificación de HIPPA y el aviso *Paciente y centro de derechos y responsabilidades* y el aviso *de derechos de privacidad de los pacientes* y entiendo mis derechos como se indica en los documentos.

Certifico que entiendo perfectamente este consentimiento para el tratamiento, el uso de proveedores de medio nivel, divulgación de información de salud personal y mis derechos sobre estas cuestiones.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece en vigor mientras sea un paciente de El Centro de Corazón.

Se me ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios que serán proporcionados por El Centro y creo que tengo suficiente información para dar consentimiento.

Para menores que no están acompañados por los padres o encargados

Un **menor** es un individuo que es menor de 18 años de edad que no está y no se ha casado o se le haya quitado la discapacidad de minoría por el Tribunal.

Estoy capacitado para dar consentimiento para mi tratamiento basado en lo siguiente:

- Estoy en servicio activo con las fuerzas armadas de Estados Unidos
- Tengo 16 años de edad o más, resido por separado y aparte de mis padres, o guardián y administro mis propios asuntos financieros
- Soy soltera y han pasado más de 4 semanas sin un ciclo menstrual
- Estoy buscando diagnóstico y tratamiento de una enfermedad transmisible o una condición relacionada con dependencia de alcohol o drogas
- Soy soltera y tengo custodia de mi hijo(a) y doy consentimiento para que mi hijo reciba atención médica.

Yo (*seleccione uno*) **doy** **no doy** consentimiento a mi proveedor médico para que le avise a mis padres o guardián sobre el tratamiento dado o que yo necesito. El nombre de mis padres o guardián es(son) _____.

Firma de paciente, padre, guardián si el paciente es un menor o
**Adulto que no es el padre o madre del menor

Testigo (Empleado)

Imprima el nombre completo

Imprima el nombre completo

Date Time

Date Time

**Supporting documentation form completed & attached. Staff name print: _____ Staff signature _____