



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EXTERNO

**Esta forma incluye información importante acerca de cómo se proporciona la atención a los pacientes en Family Medicine Health Center ("Centro de Salud"). Los pacientes y los padres, tutores y otros representantes de los pacientes deben leer cuidadosamente esta información o pedir ayuda que alguien le lea esta forma. Al firmar esta forma usted acepta recibir atención en el Centro de Salud de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:**

**1. Consentimiento.** Solicito y autorizo al Centro de Salud y sus médicos, residentes, asistentes y designados a proporcionar la atención médica y el tratamiento necesario o conveniente para mí, o el paciente que identificado a continuación. Este cuidado puede incluir, pero no limitado a, radiología rutina de diagnóstico y procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos de rutina, productos biológicos y otros productos terapéuticos, y el cuidado médico y de enfermería de rutina.

**2. Emergencias.** Autorizo al Centro de Salud para llevar a cabo otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de emergencia, si es necesario o conveniente con el fin de preservar la vida o la salud de mi o del paciente.

**3. Riesgos y Beneficios.** Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que el Centro de Salud no ofrece ninguna garantía o promesa de los resultados de la atención recibida.

**4. Los Cambios de Salud.** Yo entiendo que es mi responsabilidad de decirle al Centro de Salud si hay algún cambio significativo en la condición físico o emocional de mi, o el paciente.

**5. Pruebas.** Entiendo que las muestras de fluidos del cuerpo y / o tejidos del cuerpo pueden ser retirados durante las pruebas y procedimientos. Autorizo al Centro de Salud y sus afiliados para llevar a cabo otras pruebas en estos fluidos y / o tejidos del cuerpo con el fin de avanzar en tratamiento adicional, la investigación médica y el conocimiento y / o de disponer de estos fluidos y tejidos.

**6. Verificación del Medicamento.** Autorizo al Centro de Salud de ponerse en contacto con proveedores de atención médica con el que yo, o el paciente, recibimos tratamiento para obtener información médica y / o registros, incluyendo pero no limitado a, farmacias comerciales (es decir, Walgreens, CVS, Costco, etc.), y registros de alcohol y otras drogas de tratamiento para la verificación de mis medicamentos y el tratamiento.

**7. Enfermedades Transmisibles.** Se me ha informado y entiendo que pruebas del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) / SIDA, el VHC (virus de la hepatitis C) y HBsAg (Bvirus hepatitis) se pueden realizar en mí, o el paciente, sin mi consentimiento si un profesional de la salud, empleado del establecimiento o Primera Respuesta sostiene una exposición a mi, o el paciente de, sangre u otro fluido corporal.

**8. Objetos de Valor Personales.** Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los objetos personales de valor que traigo conmigo, o el paciente, al Centro de Salud. Yo libero el Centro de Salud y sus agentes de toda responsabilidad por la pérdida o daño de cualquier y todos los elementos personales que elijo para mantener conmigo durante mi cuidado y tratamiento o del paciente.

**9. Programa de Residencia.** El Centro de Salud es operado por la Family Medicine Residency of Idaho. Los pacientes del Centro de Salud son atendidos por un equipo médico que incluye un médico, un residente y un proveedor de nivel medio (PA, NP, y CNM). El médico y residente serán sus principales proveedores. Un residente "es un médico que ha recibido un título en medicina (MD, DO) de una escuela médica acreditada y que practica la medicina bajo la supervisión de un médico con licencia, por lo general en un hospital o clínica". Doy mi consentimiento para un residente y estudiante involucrado en mi, o, en el cuidado del paciente.

**10. Reconocimiento de Prácticas de Privacidad.** Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud proporciona información acerca de cómo la información de salud protegidas sobre el paciente se utiliza o revela para fines de tratamiento, pago u operaciones del Centro de Salud. Información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, incluyendo enfermedades venéreas, la tuberculosis, la hepatitis B, el complejo relacionado con el VIH (virus del SIDA) y el SIDA, información sobre alcohol y el tratamiento del abuso de drogas, los registros de tratamiento de salud mental, y los informes de abuso, abandono o negligencia puede ser utilizada y revelada bajo determinadas circunstancias. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que los términos del Aviso de Privacidad pueden cambiar y que puedo solicitar una copia actualizada del Centro de Salud en cualquier momento.

**11. Política de Asistencia.** Una copia de la Política de Asistencia del Centro de Salud ha puesta a mi disposición. Yo entiendo que es mi responsabilidad y de el paciente saber fechas de citas y horarios y comprendo que los servicios pueden interrumpirse en caso de que yo, o el paciente, no asisten a las citas programadas.

**12. Terminar Tratamiento.** Yo entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en el Centro de Salud en cualquier momento que decido hacerlo.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA FORMA (O LO HAN LEÍDO), HACER PREGUNTAS, Y TENER ESTAS PREGUNTAS CONTESTADAS.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor Legal si el Paciente es Menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre de Guardián

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

Family Medicine Health Center– Meridian Schools Clinic

Formulario de Consentimiento

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Guardian \_\_\_\_\_

**AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION ENTRE MERIDIAN SCHOOL CLINIC LA ESCUELA DEL MENOR**

Autorizo a Meridian School Clinic (MSC) a revelar cierta información de salud protegida sobre el menor a la escuela identificada abajo ("Escuela") bajo las siguientes circunstancias: i) la Escuela está autorizada para administrar medicamentos cuando la Escuela está en sesión; o ii) la Escuela necesita información de salud sobre el Menor para apoyar mejor al Menor en el clase. La información que se divulga puede incluir información de prescripción, informes de tratamiento, pruebas de laboratorio, informes de rayos X, contabilidad de visitas y otra información directamente relacionada con los dos propósitos indicados.

Consiento en que se entreguen los registros de educación de mi hijo de las escuelas del Distrito de West Ada a los proveedores de MSC en el School-Based Health Center (SBHC) si es necesario para el tratamiento. Entiendo que el propósito de compartir estos registros con Meridian School Clinic-School-Based Health Center es mantener informados a los proveedores de SBHC sobre su programa académico y progreso en un esfuerzo por mejorar el éxito de mi hijo en la escuela. Esto incluye: Nombre del niño, escuela, asistencia, horario de clase, expedientes disciplinarios y registros de salud de la escuela.

Esta autorización caduca automáticamente una vez que el Menor ya no asiste a la Escuela o si revoca esta autorización en un documento escrito que se envía al Centro de Salud en la dirección arriba indicada. Una vez que la información de salud se divulga a la escuela, la información ya no está protegida por las regulaciones de privacidad de la atención médica. En su lugar, la información se convierte en parte de los registros de educación del Menor y la Escuela no puede volver a revelar la información sin el previo consentimiento por escrito del representante legal del Menor. Dicho consentimiento debe cumplir con FERPA (20 U.S.C. § 1232g, 34 CFR Parte 99), una ley federal que protege la privacidad de los registros de educación de los estudiantes. El Menor puede recibir tratamiento en el Centro de Salud incluso si usted no autoriza la divulgación de información a la Escuela.

Mi hijo(a) actualmente esta inscrito(a) el la escuela siguiente :

Meridian Elementary 1035 NW 1st Street Meridian, ID 83642	Meridian Middle School 1507 W 8th Street Meridian, ID 83642	Meridian Academy 2311 E Lanark Meridian, ID 83642
Barbara Morgan STEM Academy 1825 W Chateau Dr Meridian, ID 83646	Crossroads Middle School 650 N Nola Road Meridian, ID 83642	Meridian High School 1900 W Pine Street Meridian, ID 83642
Chaparral Elementary School 1155 N Deer Creek Ln Meridian, ID 83642	Lewis and Clark Middle School 4141 E Pine Ave Meridian, ID 83642	<b>Otra escuela preparatoria:</b>
Chief Joseph Elementary School 1100 E Chateau Drive Meridian, ID 83642	Lowell Scott Middle School 13600 W McMillan Rd Boise, ID 83713	
Frontier Elementary 11851 W Musket Drive Boise, ID 83713	Pathways Middle School 1855 E Heritage Park Lane Meridian, ID 83646	
Peregrine Elementary School 1860 W Waltman Street Meridian, ID 83642	<b>Otra escuela secundaria:</b>	
Ustick Elementary 12435 W Ustick Rd Boise, ID 83713		
<b>Otra escuela Primaria:</b>		

**Y**

Médico de cabecera de mi hijo (si corresponde)	Nombre del Medico: Nombre de la Clinica: Domicilio: Numero Telefonico de la oficina Numero de fax de la oficina
---	---

Al firmar abajo, afirmo que tengo la autoridad para tomar decisiones de cuidado de la salud en nombre del niño menor identificado arriba y entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones mencionados anteriormente. E TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTE FORMULARIO (O TENER A ALGUIEN QUIEN ME LO HALLA LEIDO), HACER PREGUNTAS, Y TENER ESTAS PREGUNTAS RESPONDIDAS.

X \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Padre, Representante Personal \* o firma del estudiante adulto

Fecha

\*if signed by a Personal Representative, please state the Personal Representative’s authority to act for student.