

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 medico 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

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EXTERNO

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/Guardián

Fecha