



Consentimiento para tratamiento/ Divulgación y uso de información de salud para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de hoy _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:

- YO autorizo a CentroMed a cuidados de rutina de procedimientos diagnósticos, exámenes, tratamientos de carácter médico, dental, optométrico y de salud mental y de comportamiento. Esto incluye, pero no está limitado a exámenes de laboratorios de rutina, como pruebas de sangre y orina, y otros estudios incluyendo el examen del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) a menos que yo me desista haciéndoselo saber a mi médico, todas y cada una de las vacunas (excepto en caso de existir una exención), tomas de rayos-X, fotografías, trazos del corazón, administración de medicamentos prescritos por mi doctor, dentista, proveedor de nivel intermedio, o enfermeras practicantes.
- YO consiento para que se acceda electrónicamente mi historial de medicamentos por medio de sure scripts u otra secuencia de comando electrónico.
- YO además consiento a que se me realicen procedimientos, exámenes, tratamientos e intervenciones en manos de personal médico, dental, optometrista, incluyendo asistentes médicos, trabajadores sociales y consejeros de acuerdo a las necesidades que el personal de profesionales considere.

POLITICA DE EXPOSICION A PATOGENOS:

En el caso de que algún profesional de la salud tenga contacto con mi sangre o fluidos corporales:

- _____YO autorizo, o _____YO no autorizo en este momento, un examen de detección de VIH, Hepatitis B, y Hepatitis C así como a divulgar los resultados a las personas que han sido expuestas, de acuerdo con la protección de confidencialidad.

ACEPTACION DE RECIBIR EL AVISO:

Iniciales

- **YO he recibido un folleto acerca de mis derechos y responsabilidades como paciente**, incluyendo la políticas de CentroMed de confidencialidad, Directiva Anticipada y como llenar una queja. Además entiendo y se me ha provisto con el Aviso de los Derechos de Privacidad del Cliente (**Notice of Client Privacy Rights**).
- Yo entiendo lo siguiente:
 - Tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.
 - Puedo utilizar una forma aparte proporcionada por CentroMed para autorizar a alguien a dar su consentimiento para que mi hijo menor reciba tratamiento médico.

PERMISO DE COMUNICADOS:

- Yo autorizo a los doctores, enfermeras, y otro personal profesional de la salud de CentroMed, a discutir la información de mi salud, en persona o por teléfono, con los siguientes miembros de mi familia o amigos que se encuentran involucrados en mi atención medica: Favor de enlistar a los familiares/amigos, números de teléfono, y establecer la relación de estos con el paciente.

Nombre	Número de Teléfono	Parentesco/Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Este permiso está limitado a discusión sobre la siguiente(s) condición(es) médica(s):

_____ .

(Si no se enlistan restricciones, se permite discutir cualesquier condición médica por la que el paciente reciba tratamiento.) La divulgación de información bajo este permiso se limita a la discusión verbal con mis proveedores de salud . Este documento no permite que se divulgue información por escrito a ninguno de los individuos enlistados arriba. **(La forma de Autorización para el Uso y Divulgación de Información Médica, deberá ser usada para divulgar información por escrito.)**

- El permiso de comunicaciones está limitado a el siguiente periodo de tiempo:
 - _____ (fecha) a _____ (fecha). Si no está fechado, el permiso permanecerá vigente de manera ilimitada. **Si en algún momento no deseo autorizar las discusiones verbales entre mis médicos y las personas enlistadas arriba, debo notificar a mi proveedor medico contactando a CentroMed por escrito.**

CONSENTIMIENTO DE USO/ DIVULGACION DE INFORMACION PARA TRATAMIENTO/ PAGO/Y OPERACIONES PARA CUIDADO DE LA SALUD.:

- Entiendo que como parte del cuidado de mi salud, CentroMed genera y mantiene registros en papel y electrónicos que describen mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes, diagnósticos y tratamiento, y cualquier otro plan para futuros tratamientos y cuidados. Entiendo que esta información servirá como:
 - Una base para la planeación de mi tratamiento
 - Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
 - Una fuente de información para facturar correctamente mi diagnóstico y tratamiento.
 - Un medio por el cual un tercero podrá verificar que los servicios facturados en efecto fueron brindados.
 - Una herramienta para procedimientos rutinarios tales como evaluación de calidad, y revisión de aptitud de los profesionales de la salud.
- Entiendo que como parte de los tratamientos, pagos y procedimientos de cuidado de salud de esta organización, podrá ser necesario usar y/o divulgar mi información protegida, incluyendo su divulgación a otra institución, y autorizo a que esa divulgación se realice para los fines de este permiso, incluyendo la divulgación vía fax.
- La divulgación de información protegida que se incluye en este párrafo, puede incluir divulgación de exámenes de detección de VIH/SIDA solo hasta donde la ley lo permite sin que sea necesario otorgar permiso adicional por escrito del paciente.
- Yo autorizo a CentroMed a ingresar y ver mi servicios clínicos BCCS/Komen / historial de datos en la base de datos Med-IT.
- También autorizo a CentroMed a confirmar mis citas médicas con una agencia de cuidados médicos continuos, según sea necesario.
- Entiendo que este consentimiento tiene validez y permanecerá en efecto en tanto yo atienda esta clínica. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la limitación de que la organización haya tomado acción en dependencia de este consentimiento. También entiendo que rehusarme a firmar esta forma de consentimiento o revocar el mismo significa que esta organización podrá negar darme tratamiento hasta donde la ley lo permita.

PARA LOS PACIENTES DE LA CLINICA SARAH DAVIDSON:

- Autorizo a CentroMed a ingresar y ver mi información Individual Identificable de salud dentro del sistema HMIS (Homeless Management Tracking Información System) para los propósitos de documentar los requisitos del campus en conformidad con la forma separada de autorización firmada, administración de casos médicos o la coordinación de cuidados con administradores de casos de Heaven for Hope y otras organizaciones participantes.

ACCESO ELECTRONICO DEL PACIENTE:

Iniciales

_____ YO autorizo al personal de CentroMed a otorgarme un acceso electrónico a información de mi salud, y según yo solicite, a una copia electrónica de la información de mi salud a través de un correo electrónico privado y seguro.

Esta forma me ha sido explicada completamente y entiendo su contenido. Entiendo completamente y acepto los términos de esta forma de consentimiento.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal/Persona Autorizada

Fecha

Nombre del Paciente, Padre o Tutor Legal/Persona Autorizada

Parentesco

Signature of Staff

Date