

Consentimiento General para el Tratamiento

Me he presentado voluntariamente para recibir atención médica y doy mi consentimiento para dicha atención y tratamiento médicos, incluidos los procedimientos y pruebas de diagnóstico que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios. En el curso del tratamiento, entiendo y reconozco que no se ha otorgado ni se otorgará garantía alguna sobre el resultado o la cura del tratamiento.

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías o películas relacionadas con la atención y el tratamiento y entiendo que dichas fotografías o películas pueden formar parte del registro médico y / o usarse para fines internos, como la mejora del rendimiento o la educación. **Los resultados de pruebas no serán discutidos por teléfono.**

Tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico porque soy el paciente o soy el padre / tutor del paciente. Todas las referencias a "paciente", "yo" y "mi" en este documento significa: * _____ (nombre del paciente).

Historia Clínica Electrónicas

El registro médico de su hijo(a) se compartirán con su proveedor de atención primaria para permitir y promover la continuidad de la atención médica. El registro médico de su hijo(a) no se divulgará a nadie más sin su consentimiento de antemano.

Recetas electrónicas

Autorizo voluntariamente E-Prescribing para recetas, lo que permite a los proveedores de atención médica transmitir recetas electrónicamente a la farmacia de mi elección, revisar la información de beneficios de farmacia y el historial de dispensación de medicamento siempre que exista una relación médico / paciente.

Expresiones de Gratitud

Reconozco que los datos administrativos, la información demográfica y otra información de salud que describe la atención al paciente, los servicios y los resultados se recopilan y utilizan para operaciones de atención médica, informes gubernamentales y no gubernamentales.

Reconozco que he recibido un Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA ("Aviso"). El Aviso explica cómo podemos usar y divulgar la información médica protegida del paciente para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. "Información de salud protegida" significa la información de salud personal del paciente que se encuentra en los registros médicos y de facturación del paciente. Si tiene preguntas sobre el Aviso, comuníquese con nosotros al (512) 472-6134.

He leído este formulario o se me ha leído este formulario en un idioma que entiendo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas al respecto.

Nombre impreso del Paciente: * _____

Fecha de Nacimiento del Paciente (DD/MM/AAAA):* _____

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):* _____

Fecha: * _____