

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

Consentimiento General para Tratamiento

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado para que pueda decidir si desea o no someterse a algún tratamiento o procedimiento sugerido, después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Hasta este momento, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente la forma de obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y / o procedimiento adecuado para cualquier condición(es) identificada(s).

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho, en cualquier momento, de interrumpir los servicios. Tiene derecho de hablar con su proveedor sobre el plan de tratamiento, acerca del propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le haya ordenado. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

- _____ Solicito voluntariamente a un médico, dentista, profesional avanzado (enfermera practicante, asistente médico o especialista en enfermería clínica), y otros proveedores de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, que realicen exámenes, pruebas y tratamientos médicos / dentales razonables y necesarios para la condición que me ha traído a buscar atención en esta clínica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención; se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la (s) prueba (s) o procedimiento (s). Certifico que he leído y que entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

Reconozco que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) Carolina Family Health Centers, Inc. (CFHC, Inc.) está autorizada a divulgar mis registros médicos a otros especialistas o entidades de atención médica para llevar a cabo el tratamiento, obtener un pago o realizar ciertas operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

Para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), CFHC, Inc. debe obtener la autorización del paciente antes de dejar mensajes detallados al paciente o antes de hablar con alguien más en nombre del paciente. Esta política es para proteger a los pacientes y al personal de CFHC, Inc. Si no hay un consentimiento firmado en el archivo, los proveedores y el personal solo dejarán su nombre y número de teléfono en un contestador automático, correo de voz o con una persona en vivo que responda al teléfono solicitando que el paciente devuelva la llamada.

- _____ Doy permiso al personal de CFHC, Inc. para dejar mensajes relacionados con programación de citas, tratamiento, resultados de laboratorio o radiología u otra

información necesaria y / o para hablar con una persona específica en mi nombre como se indica a continuación

Con _____ Relación con el paciente _____

Con _____ Relación con el paciente _____

- _____ Acepto responder por mis copagos, deducibles u otros cargos por servicios no cubiertos o pagados por el seguro o terceros pagadores. Autorizo a CFHC, Inc. a presentar cualquier reclamo a mi seguro, si corresponde, para el pago de cualquier parte de mi factura y cedo todos los derechos y beneficios a CFHC, Inc. Además, acepto, sujeto a las leyes estatales o federales, pagar todos los costos, honorarios, gastos e intereses de abogados en el caso de que CFHC, Inc. tome medidas para cobrarlos debido a mi falta de pago de la totalidad de los cargos incurridos.

PADRES / TUTOR LEGAL SOLAMENTE:

- _____ La (s) siguiente (s) persona (s) tiene(n) mi permiso para traer a mi hijo a tratamiento en mi ausencia. Este individuo tiene la autoridad para tomar decisiones médicas en mi nombre. Si el proveedor no se siente cómodo brindando tratamiento, el tratamiento puede ser suspendido hasta que el proveedor pueda hablar con un padre o tutor legal.

Nombre _____ Relación con el Paciente _____

Nombre _____ Relación con el Paciente _____

Nombre _____ Relación con el Paciente _____

Número de contacto de los padres: _____

Este documento es efectivo por un año a menos que sea retirado por escrito.

Nombre del Paciente (letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Registro Medico #

*Paciente /Firma del Padre/Madre/ Tutor Legal
(Debe firmar para menores de edad)*

Fecha de la firma

Firma del Testigo

Fecha de la firma