

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR LEGAL:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Yo, paciente adulto legal o el tutor legal, doy mi consentimiento o el del paciente mencionado anteriormente (el "Paciente") para recibir atención médica, pruebas y tratamiento por Pediatric Associates & Pediatric Associates Family of Companies (la "Práctica") y los proveedores. Esto puede incluir exámenes médicamente necesarios, tratamientos, prescripción y administración de medicamentos, inyecciones, vacunas, exámenes y cuestionarios, pruebas de diagnóstico, procedimientos de laboratorio, procedimientos en el consultorio, coordinación de servicios de atención médica, servicios de emergencia por parte del proveedor, otros miembros del personal autorizados o personal bajo la supervisión del proveedor autorizado para esta visita, visitas futuras y visitas de telesalud. El paciente entiende que los proveedores pueden incluir médicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos y otros clínicos, así como estudiantes, pasantes y clínicos tanto empleados como no empleados directamente por la Práctica.

El paciente entiende que tiene derecho a consentir o negarse a consentir cualquier tratamiento o procedimiento médicamente necesario, salvo que la ley exija lo contrario. El paciente entiende que tiene derecho a analizar todos los tratamientos médicos con los proveedores. El paciente entiende que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar el riesgo de lesión o muerte. El Paciente entiende que no se han dado garantías con respecto al diagnóstico, tratamiento o cuidado que el Paciente pueda recibir. El Paciente entiende que este consentimiento para tratamiento debe ser firmado, en orden, para que el Paciente sea atendido y se considerará válido hasta el momento en que el Paciente revoque este consentimiento por escrito.

**CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD:** El Paciente acepta la atención y el tratamiento que impliquen el uso de comunicaciones electrónicas entre el Paciente, el tutor legal y el proveedor transmitidas por teléfono y/o por video u otra información transmitida a un proveedor que se encuentre en un lugar diferente al del Paciente. Los servicios de telesalud permiten a los proveedores de atención médica en lugares remotos compartir la información médica del Paciente para fines de diagnóstico, terapia, seguimiento y educación. El Paciente da su consentimiento y autoriza a la Práctica y a los proveedores a enviar la información del Paciente a un tercero según sea necesario para recibir servicios de telesalud, y el Paciente entiende que se aplican las protecciones de confidencialidad existentes.

El Paciente entiende que, si bien los servicios de telesalud pueden ser utilizados para proporcionar un mejor acceso a la atención médica, al igual que con cualquier servicio o procedimiento médico, existen riesgos potenciales. Estos riesgos incluyen, entre otros, problemas técnicos en la transmisión de la información y fallas en los equipos que podrían ocasionar la pérdida de información o retrasos en el tratamiento. El Paciente entiende que tiene derecho a negar o retirar su consentimiento al uso de servicios de telesalud durante el tratamiento en cualquier momento, sin que ello afecte a su derecho a recibir tratamiento en el futuro.

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS:** El Paciente autoriza a la Práctica y a los proveedores a solicitar, usar y divulgar los antecedentes de prescripción de medicamentos del Paciente de y a otros proveedores de atención médica y/o farmacias de terceros según sea necesario para fines de tratamiento.

**ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN MÉDICA:** El Paciente entiende y da su consentimiento para que los proveedores, médicos clínicos y otros profesionales de la salud puedan participar en capacitaciones durante el tratamiento del Paciente. El Paciente entiende y da su consentimiento para que la Práctica y los proveedores permitan el acceso a las áreas de atención al paciente a personas que no son empleados, tales como estudiantes y proveedores de atención médica asociados que participan en programas educativos. El Paciente entiende que ellos pueden tener acceso incidental a información de salud. El Paciente entiende que tiene derecho a interrogar al proveedor en relación con dicha capacitación y que puede optar por no autorizar dicho acceso durante el examen y tratamiento del Paciente.

**IMÁGENES MÉDICAS:** El Paciente autoriza que se le tomen fotografías con fines de atención o enseñanza médica. El Paciente entiende que estas imágenes serán almacenadas en el registro médico del Paciente de una manera segura que protegerá la privacidad del Paciente. Las imágenes se conservarán durante el período de tiempo requerido por la ley.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD:** El Paciente autoriza a la Práctica a compartir la información de salud protegida del Paciente para propósitos de tratamiento y pago con los adultos sin custodia listados a continuación cuando estos individuos traigan al Paciente a sus visitas. El Paciente entiende que tiene el derecho legal de preautorizar el tratamiento y solicitar que la Práctica brinde tratamiento médico cuando el tutor legal no pueda estar presente en las visitas del Paciente y pueda hacerlo telefónicamente. Sin embargo, entiendo que esta autorización para tratamiento no está supeditada a su capacidad para llegar con éxito a mí como tutor legal del Paciente.

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** El Paciente consiente en el uso y divulgación de información de la historia clínica del Paciente, incluida la información médica protegida, por parte de la Práctica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permita la ley. Todos los usos y divulgaciones se registrarán por los términos identificados en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

El Paciente autoriza a la Práctica a divulgar todos los registros de vacunación a pedido directamente al instituto educativo y/o guardería del Paciente. El Paciente entiende que esta autorización permanecerá vigente hasta el momento en que el Paciente la revoque por escrito. El Paciente entiende que, para restringir la divulgación de los registros de vacunación, debe solicitar y completar el Formulario de Solicitud de Limitación y Divulgación de Información Médica Protegida, que incluye los registros de vacunación del Paciente a las escuelas.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO:** Por la presente, el Paciente asigna y autoriza el pago de los beneficios del seguro directamente a la Práctica. El Paciente entiende que es financieramente responsable de cualquier cargo no pagado por la compañía de seguros. El Paciente autoriza la divulgación de la información médica y financiera del Paciente al pagador del seguro médico correspondiente,

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

incluidos los pagadores comerciales y gubernamentales. Todos los honorarios no cubiertos por el seguro deberán abonarse en el momento en que se presten los servicios. En el momento de la visita, el Paciente entiende que la persona que lo trae a la cita puede ser responsable financieramente.

La Práctica puede cobrar cargos por citas perdidas, cheques devueltos por fondos insuficientes y actividades de cobranza. El Paciente reconoce que puede acceder a la Política de Citas Perdidas en el sitio web.

**POLÍTICAS DE LA OFICINA:** El paciente ha revisado las políticas de la oficina que se han presentado, y cualquier pregunta con respecto a las políticas se han contestado satisfactoriamente para mí. El paciente está de acuerdo en cumplir con las políticas.

**CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA:** El Paciente autoriza a la Práctica a utilizar la información del Paciente para enviar recordatorios con respecto a las próximas citas, para obtener comentarios sobre la experiencia de la práctica y para proporcionar información general de salud a través de correo electrónico y/o mensajes de texto.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** El paciente ha recibido una copia de los derechos y responsabilidades del paciente de Pediatric Associates o ha optado por descargar una copia electrónica del sitio web.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Al marcar esta sección, el Paciente reconoce que ha recibido información sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece las formas en que la información de salud puede ser utilizada o divulgada por la Práctica y describe los derechos del Paciente con respecto a dicha información. El Paciente entiende que el Aviso también está disponible en el sitio web de la Práctica o en la oficina si lo solicita.

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:**

Al marcar esta sección, el Paciente opta por autorizar la consulta y divulgación de la información de salud del Paciente al Intercambio de información de salud regional asegurado de Florida. El Paciente comprende que las entidades y proveedores de atención médica participantes autorizados pueden acceder a la información. El Paciente entiende que puede revocar esta autorización, y que la revocación entrará en vigor en la fecha en que se haga y no se aplicará a la información de salud ya divulgada o intercambiada.

**OTROS TUTORES LEGALES:**

1. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO, ACUERDO FINANCIERO Y  
FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**OTROS ADULTOS SIN CUSTODIA QUE PUEDAN LLEVAR AL PACIENTE A LAS VISITAS Y RECIBIR  
INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE:**

1. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

3. Nombre y apellido completos: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MÁS) O DEL TUTOR LEGAL:** Al ingresar mi nombre completo y hacer clic en "Continuar", el paciente certifica que ha leído, entendido y aceptado los puntos de este formulario de Consentimiento General, Acuerdo Financiero y Divulgación. El paciente certifica que la información dada sobre su identidad, información demográfica, financiera y de seguro es verdadera. El paciente certifica que se le dio la oportunidad de hacer preguntas y que todas las preguntas (si las hubiera) han sido respondidas a su satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo en imprenta del tutor legal o del paciente  
(si el paciente tiene 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha