

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Consentimiento general

Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento y autorizo a los médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica de Pediatric Services, PA a realizar exámenes médicos, tratamientos, pruebas de diagnóstico o administración de medicamentos adecuados que consideren médicamente necesario según su criterio profesional. Sé que todo tratamiento o procedimiento médico conlleva ciertos riesgos y entiendo que nadie puede garantizar su eficacia.

Pediatric Services, PA es una clínica de enseñanza. Además de mi médico y otro personal de apoyo médico, puedo recibir atención de personas que se encuentran en proceso de formación profesional. Reciben la supervisión de proveedores de atención médica autorizados.

Asignación de beneficios y pago de servicios

Autorizo el pago de todos los beneficios a Pediatric Services, PA. Sé que debo pagar cualquier cargo relacionado con mi atención que mi seguro, plan de salud o programas gubernamentales no cubran. Entiendo que debo colaborar con Pediatric Services, PA para recibir el pago de mi atención. Esto incluye la resolución de cualquier conflicto sobre los cargos. Si soy elegible para recibir el pago de más de un tipo de cobertura, Pediatric Services, PA devolverá cualquier pago excedente al pagador. Si tengo una factura pendiente con Pediatric Services, PA, cualquier reembolso a mi favor se aplicará a dicha factura. En caso de que quede un excedente después de pagar la factura, recibiré un reembolso por parte de Pediatric Services, PA.

Divulgación de información para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Doy mi consentimiento y autorizo a Pediatric Services, PA a usar y divulgar mi información médica protegida para fines de **tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica**, incluidas la coordinación de la atención y las actividades de evaluación y mejora de la calidad. Estas divulgaciones pueden hacerse a consultores que reciben asesoramiento o consulta sobre mi tratamiento, compañías de seguros, planes de salud, servicios de recetas electrónicas, servicios de localización de expedientes, redes de pagadores, que incluyen redes clínicas integradas u organizaciones de atención responsable en las que participa mi proveedor, y otros proveedores de atención médica que participan en mi atención y tratamiento, incluidos los socios comerciales de dichas organizaciones. Pediatric Services, PA puede tomar fotografías o videos durante mi atención médica, que pueden usarse para la atención, evaluación y mejora de la calidad y educación médica. Además, doy mi consentimiento y autorizo a la compañía de seguros a compartir mi información médica protegida con Pediatric Services, PA o una red clínica integrada o una organización de atención responsable en la que Pediatric Services, PA participe, para los fines anteriormente descritos.

Derechos del paciente y prácticas de privacidad

Sus derechos y los de su familia, así como nuestras prácticas de privacidad, están publicados en las áreas principales dentro de Pediatric Services, PA. Mediante su firma confirma la recepción de nuestros Derechos del paciente y Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con su proveedor de atención médica o con el director de privacidad de Pediatric Services, PA.

Terceros autorizados a dar su consentimiento para el tratamiento

Además de los tutores legales del paciente, las siguientes personas están autorizadas a dar su consentimiento para la atención médica recomendada para mi hijo (por ejemplo, abuelos, cuidadores, etc.):

Nombre:

Relación con el niño:

1. _____
2. _____

Consentimiento para llamadas al teléfono móvil

Sí, autorizo a Pediatric Services, PA a comunicarse a mi número de teléfono móvil por temas relacionados con la atención, tratamiento, servicios y cuentas mediante el uso de mensajes pregrabados, sistemas automáticos de marcación telefónica o mensajes de texto. Pueden aplicarse tarifas estándar por mensajes de texto y uso de minutos. Sé que la información de un mensaje de voz o de texto puede no ser segura y que dar este consentimiento no es una condición para recibir tratamiento.

Mi firma indica que leí esta información y que la entiendo. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma y solo puede anularse por escrito (en papel o por correo electrónico).

Nombre del paciente en letra imprenta: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal en letra imprenta: _____

Firma del paciente/padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Nombre del intérprete (si se necesitó de sus servicios): _____

Dirección de correo electrónico del padre/madre: _____

Consentimiento telefónico obtenido por (nombre/fecha/cargo): _____