

**HCA Physician Services**  
**Center for Advanced Medical Care**  
**Forma de Consentimiento del Paciente**

*(Favor de Leer y Firmar)*

Por medio de la presente, Yo, la persona que firma, doy mi consentimiento para lo siguiente:

- . • Administración y realización de todos los tratamientos,
- . • Administración de cualquier anestésico que sea necesario,
- . • Realización de aquellos procedimientos que sean considerados como necesarios o recomendables para este paciente,
- . • Uso de medicamentos que sean recetados,
- . • Realización de procedimientos para diagnóstico,
- . • El uso y la toma de cultivos,
- . • Realización de otras pruebas de laboratorio que sean aceptables de acuerdo a recomendaciones medicas, las cuales sean consideradas medicinalmente necesarias, o recomendables, basadas en el juicio del médico asignado o de las personas asignadas por el mismo.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico.

Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.**

Yo entiendo que mi consentimiento a **Center for Advanced Medical Care** incluye a otras oficinas con diferente ubicación y que pertenecen a la misma persona y/o compañía.

Yo, la persona que firma, autorizo que: **Center for Advanced Medical Care** utilice y entregue mi información con propósito de tratamiento, pagos, y funciones relacionadas con el cuidado de la salud.

El **Tratamiento** incluye pero no está limitado a: la administración y realización de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestésico que sea necesario, el uso de medicamentos que sean recetados; la realización de aquellos procedimientos que sean determinados como necesarios o recomendables durante el tratamiento de este paciente, como son procedimientos de diagnóstico, la toma y utilización de cultivos y otras pruebas de laboratorio que sean medicinalmente aceptables, todos los cuales sean considerados como necesarios y recomendables medicinalmente, por el médico que lo atiende o las personas asignadas.

El **Pago** incluye pero no está limitado a: la autorización del pago directo a: **Center for Advanced Medical Care** de la cobertura de prestaciones que normalmente me son pagados a mí mismo. Por medio de la presente acepto la entrega de mi información médica a terceras partes de las aseguradoras, o personas autorizadas a quienes les sea necesario mi consentimiento para establecer o recibir una cuota por los servicios proporcionados, como son la facturación y recibo por servicios, los cobradores de compañías aseguradoras, las aseguradoras de accidentes para automóviles, o para heridas relacionadas con mi trabajo, a la compañía que me emplea o la persona que he designado en mi lugar. Yo entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no estén cubiertos. Yo acepto que la información del paciente puede ser almacenada electrónicamente y puede estar disponible a través de redes de computo.

**Operaciones** relacionadas con el **Cuidado de la Salud** incluyen pero no está limitadas a: la entrega de información médica a cualquiera de mis doctores y sus oficinas o las compañías de seguros que participan en el cuidado, el tratamiento de mi salud y la calidad de dicho tratamiento.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico. Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.** Este consentimiento incluye específicamente la entrega de cualquier información médica que involucre condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas que incluyan pero que no están limitadas a enfermedades que son transmitidas por contacto con sangre.

Una fotocopia de este consentimiento deberá de ser tan válida como el original.

(OPCIONAL) En caso de que exista una exposición, y el paciente resultó positivo, el medico que lo atiende notificará a paciente, cualquier persona que haya sido expuesta, y al \_\_\_\_\_ Health Department (Departamento de Salud) y le serán proporcionadas las recomendaciones adecuadas.

(OPCIONAL) **PACIENTES con seguro por parte de MEDICARE:** Yo, autorizo proporcionar mi información médica que sea necesaria a la Social Security Administration (Administración de Seguro Social) o sus intermediarios para mi cobertura con Medicare. Estoy asignando el pago de los servicios a: **Center for Advanced Medical Care.**

Yo reconozco que le he dado al: **Center for Advanced Medical Care** Notice of Privacy Practices (Notificación de la Privacidad para Consultorios) Yo, entiendo que si tengo preguntas o reclamos que tengo que contactar al Oficial de Privacidad. Iniciales del Paciente: \_\_\_\_\_

Yo, declaro que he leído y entendido completamente los párrafos anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario para que se lleven acabo.

***Firma del Paciente (o Parte Responsable) Fecha***

Original – Consultorio HIM.PRI.001, HIM.PRI.007 **Fecha de Última Revisión:** Abril 18, 2003