

East Texas Community Health Services, Inc.
Consentimiento para el Tratamiento

Yo por la presente y voluntariamente doy consentimiento para autorizar proveedores de la asistencia centro.de.salud, inclusive sus médicos, proveedores de nivelmedio (Médico Ayudantes, Enfermeras Practicantes Avanzadas) y los dentistas en sus ubicaciones de servicio para proporcionar asistencia médica servicios a mí. Los servicios de la asistencia médica pueden incluir, sin limitación, evaluación rutinaria, física y mental, diagnóstico y pruebas de vigilancia y procedimientos, los exámenes y tratamiento médico y/o dental, procedimientos rutinarios de laboratorio y pruebas (como sangre, la orina y otros estudios), las radiografías y otros estudios de imagen, el corazón que traza (ECG), la administración de medicinas, así como procedimientos y tratamiento prescritos por el Personal médico y/o dental del Centro. Los servicios de la asistencia médica también pueden incluir a consejeros necesarios para recibir servicios apropiados incluyendo la planificación familiar (como definido por leyes y regulaciones federales).

Comprendo que será pedido firmar un consentimiento informado separado para cada vacuna para ser administrado a mí y que recibiré un "Declaración de Información de Vacuna" (VIS) antes de recibir cada vacuna. Comprendo que hay una forma separada del consentimiento que puedo ser pedido firmar para ser examinada para condiciones contagiosas, procedimientos de prueba y / o específicas del HIV.

Comprendo que no hay garantías hechas a mí persona de los resultados del tratamiento proporcionado o la eficacia de cualquier método anticonceptivo prescrito a mí.

Comprendo que este consentimiento es válido y se queda vigente siempre que sea un paciente del Centro.

Consienta Provisiones

Que Mi firma en esta forma indica eso: (1) Reconozco que el consentimiento informado para el tratamiento y/o procedimientos médicos ("Tratamiento") en el Centro ha sido explicado adecuadamente a mí por el Médico del Centro, por Ayudante de Médico, o por otro Proveedor calificado de Asistencia de salud; (2) he recibido toda la información que deseo con respecto al Tratamiento; (3) he tenido la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas con respecto a la naturaleza del Tratamiento, sus beneficios esperados, molestias/toma partido de potencial y cualquier y todas alternativas (y sus riesgos y los beneficios), y las consecuencias de no recibir Tratamiento; (4) comprendo que al igual que con todo tratamiento médico, hay una posibilidad de complicaciones de otra manera que esos descrito a mí o en esta forma puede ocurrir, y que ninguna garantía es hecha con respecto al resultado de mi Tratamiento; (5) yo me doy cuenta de que aunque cada esfuerzo será hecho para mantener todos riesgos y los efectos secundario a un mínimo; riesgos, los efectos secundario, y las complicaciones pueden ser imprevisibles en naturaleza y severidad; (6) comprendo eso "Proveedores de Nivelmedio" (Médico Ayudantes, Avanzan la Práctica Enfermeras) participará en mi Tratamiento y yo consiento a eso; (7) he leído con cuidado y he comprendido la información presentada a mí y en esta forma informada del consentimiento; (8) yo por la presente doy voluntariamente mi consentimiento al Tratamiento en el Centro; (9) yo Comprendo que puedo ser pedido firmar una forma informada separada del consentimiento para cierto Tratamiento (Tratamientos) eso requiere una forma informada separada del consentimiento; y (10) reconozco que he sido informado completamente de mi derecho de recibir una copia de este firmado y fechado forma informada de consentimiento, and (11) me doy cuenta de que mi firma autoriza al contratista a ver BCCS clínico servicios / historial de datos del cliente almacenada en Med-IT o un registro médico electrónico (EMR).

El nombre de Paciente: _____ **La fecha de Nacimiento** _____

Signature: _____ Fecha/Hora _____ a.m./p.m.

Imprima Nombre: _____

La Relación de al Paciente: Yo mismo Padre/Madre Guardián Otro: _____

Testigo: _____ Fecha/Hora _____ a.m./p.m.

Imprima Nombre de Testigo: _____



**Reconocimiento de Pacientes de
Aviso de prácticas de privacidad y Psiquiatría Addendum
Derechos y Responsabilidades del Paciente y Centro**

Reconozco que soy consciente y puedo solicitar una copia de la

- Nota de Prácticas de Intimidad de ETCHSI (fechado 9-2013)
- Nota de Prácticas de Intimidad, Apéndice de Psiquiatría de ETCHSI (fechado 9-2013)
- Paciente y Centro de Derechas y Responsabilidades (fechado 2012)

Imprima Nombre Paciente: _____ Fecha _____

La firma de Paciente/Cría/Guardián: _____

Imprima Nombre de Padre/Guardián e IndíqueLe la Relación al Paciente:

Si no es posible obtener el reconocimiento del individuo, describa los esfuerzos de buena fe hechos para obtener el reconocimiento del individuo, y las razones por qué el reconocimiento no fue obtenido.

Firma del Personal: _____ Fecha _____

Imprima Nombre: _____ El Título de _____

**Insurance Benefit Assignment
and
Authorization to collect and release Insurance Information for Billing Purposes**

Por la presente autorizo que mis beneficios sean directamente pagados a East Texas Community Health Services, Inc., y soy financieramente responsable por los servicios pendientes.

Yo tambien autorizo a East Texas Community Health Services, Inc. que den cualquier informacion requerida por el conductor del seguro.

Firma del paciente or Nombre del Menor de edad: _____

Fecha: _____ **Patient ID #:** _____

VERTERANO? Si _____ No _____
CIUDADANO DE U.S.? Si _____ No _____