

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

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

Comprendo que se me pedirá firmar un consentimiento por separado por cada vacuna que se me administre a mí y que recibiré una "Declaración de Información de Vacuna" (VIS) antes de recibir cada vacuna. Comprendo que hay una forma además del consentimiento que puedo pedir para firmar y revisar las condiciones, contagios, procedimientos de prueba y / o específicas del HIV.

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

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

Disposición sobre el consentimiento

Mi firma en esta forma indica que: (1) Estoy de acuerdo con la información en el consentimiento para el tratamiento y/o los procedimientos médicos ("Tratamiento") en el Centro de Salud y se me ha sido explicado adecuadamente por el Médico del Centro de Salud, el Asistente de Médico, o por otro Proveedor calificado de Asistencia de salud; (2) he recibido toda la información que deseaba saber con respecto al Tratamiento; (3) he tenido la oportunidad de tener respuestas a mis preguntas con respecto al tratamiento y los beneficios que se esperan obtener, así como también conocer sobre las molestias/efectos secundarios o riesgos que pudieran incurrir, ver todas y cada una de las alternativas (riesgos y beneficios), y las consecuencias de no recibir Tratamiento; (4) comprendo que al igual que como con todo tratamiento médico, puede incurrir una posibilidad de complicaciones distintos a los que se me han explicado o leído en esta forma y que no hay ninguna garantía establecida con respecto al resultado de mi tratamiento; (5) Soy consciente de que aunque se hará todo el esfuerzo para mantener todos los riesgos y los efectos secundario al mínimo; Los riesgos, los efectos secundarios, y las complicaciones pueden ser imprevisibles en naturaleza y severidad; (6) Comprendo y estoy de acuerdo que participarán en mi tratamiento "Proveedores de Nivel medio" (Asistente de Médico, Enfermeras practicantes) y yo doy mi consentimiento a eso; (7) He leído cuidadosamente y he comprendido la información que se me ha presentado en esta forma informando del consentimiento; (8) Yo por la presente doy voluntariamente mi consentimiento al Tratamiento en el Centro de Salud; (9) Yo comprendo que se me puede pedir firmar otro consentimiento por separado a este para dar permiso a otro(s) Tratamiento (Tratamientos); y (10) Reconozco que se me ha sido informado completamente de mis derechos de recibir una copia de este documento con firma y fecha del consentimiento, (11) Estoy de acuerdo de que mi firma autoriza al contratista para ver los servicios clínicos de BCCS del paciente/ Mi historial de datos almacenada en Med-IT o en un registro médico electrónico (EMR), y (12) ETCHSI puede ver mi historial de recetas electrónicamente.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

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

Imprima Nombre: _____

Relación con el 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 _____