



Consentimiento para Tratamiento Medico

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de comprender la información dada a continuación. Si usted tiene alguna pregunta, estaremos encantados de hablar con usted. Usted puede solicitar una copia de este formulario.

Estoy de acuerdo en ver a los proveedores de Desert Star Family Planning para el diagnóstico, la evaluación y la gestión de mis problemas médicos. Estoy de acuerdo en aconsejar a mi proveedor de los medicamentos que estoy tomando, de otros proveedores que podría estar viendo a la atención médica, y de las sensibilidades y las alergias a los medicamentos. Entiendo que la información que voy a dar es verdadera, exacta y completa y que mis opciones de atención médica dependerán de esa información.

Doy mi consentimiento para proporcionar la historia para el profesional y para su grabación de que en mi carta. Doy mi consentimiento para el examen físico requerido para el diagnóstico y la evaluación. Doy mi consentimiento para la prescripción de medicamentos o cirugía o dispositivos para el tratamiento adecuado de mis trastornos. Yo entiendo que si las pruebas para ciertas infecciones de transmisión sexual son positivas, la comunicación de los resultados positivos a las agencias de salud pública es obligatoria por ley.

Reconozco que si un tratamiento específico consiste en la atención quirúrgica por un problema que tengo, tengo el derecho a un consentimiento informado por separado para el procedimiento que cubrirá específicamente los riesgos, beneficios y alternativas a ese tratamiento. Además, entiendo que no hay ninguna garantía expresa o implícita sobre los resultados de los tratamientos ofrecidos por el profesional de la(s) aquí, la práctica de la medicina se basa en la ciencia, pero está influenciada por muchos factores más allá del control del proveedor.

Este formulario de consentimiento firmado por los padres o tutores para el cuidado de hijos menores de edad o personas para las que los tribunales hayan designado un tutor legal.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento simplemente pidiendo que mis expedientes o copias de los mismos, pueden transferir a un proveedor de mi elección. Revocación del consentimiento al tratamiento hace liberar a los proveedores en esta oficina de la responsabilidad de tratarme. Otras razones por las que el profesional me puede liberar de la práctica se resumen en las políticas de la práctica.

Yo recibiré una referencia para procurar diagnóstico o tratamiento si es necesario. Entiendo que si necesito una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar esa atención médica. Estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier saldo adeudado a Desert Star Planificación Familiar por los servicios profesionales o suministros proporcionados a mí por cualquier proveedor en esta oficina. Voy a trabajar con ellos para coordinar los beneficios con los planes de seguro que pueda tener, pero la responsabilidad final de los servicios prestados es mío.

Nombre de Paciente or Representativo Legal

Fecha

Firma de Paciente or Representativo Legal

Testigo

Fecha