



FORMA GENERAL DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Al firmar este documento, el paciente, pariente responsable, o representante legal del mismo, voluntariamente da su consentimiento y autorización para recibir el cuidado y tratamiento médico que resulte necesario, incluyendo el examen físico y mental, los exámenes de diagnóstico, los procedimientos médicos, y los medicamentos que le sean suministrados por el personal autorizado por Borrego Health: médicos, dentistas, enfermeras y asistentes médicos, personal de enfermería, y demás personal auxiliar que se juzgue necesario o recomendable por la opinión profesional. Yo, el o la firmante de este documento, tengo entendido que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no hay garantías relacionadas con los efectos de los tratamientos para cualesquier condición médica.

EL DERECHO DE REHUSAR EL TRATAMIENTO: La parte responsable y firmante de este documento, entiende que tiene el derecho de tomar decisiones informadas sobre todo cuidado y tratamiento, y que puede hacerle preguntas al personal médico o clínico que le está brindando el servicio para que le aclare cualquier duda o concepto que no le sea entendible. Tiene también el derecho de rehusar cualquier tratamiento, y de informarle a su médico clínico de su decisión.

PROGRAMAS DE ENSEÑANZA: Borrego Health participa y contrata con instituciones de instrucción a estudiantes de medicina, internados, residentes, estudiantes de las artes curativas (enfermeras, higienistas, técnicos de radiografía, asistentes dentales), y estudiantes de posgrado. Entiendo que estos estudiantes pueden participar en el cuidado clínico, cuando éste se provea bajo la supervisión del personal profesional calificado o con licencia.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a los empleados de Borrego Health y afiliados, para que provean la información de mis expedientes médicos que resulte necesaria para llenar las formas de solicitud de pago para mi cuidado clínico por parte de aseguradoras, planes de salud, y pagadores terceros (incluyendo a empleadores, planes de salud, o proveedores de compensación para trabajadores).

_____ Yo, el o la firmante, doy fe de haber recibido una **Notificación de Derechos de Privacidad** que define qué información puede ser utilizada o divulgada.

_____ Yo, el o la firmante, doy mi consentimiento para el uso de mi información como se encuentra definida en la Notificación, y entiendo que puede incluir información relacionada con el tratamiento del VIH/SIDA, con servicios de salud mental, y con el tratamiento sobre el uso de alcohol y/o las drogas.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo, el o la firmante, autorizo e instruyo a mi aseguradora para que haga el pago directamente a Borrego Community Health Foundation por beneficios médicos, dentales, u oculistas, que de otro modo serían pagables a mi persona o la persona responsable por mis pagos, como pago acreditado al cobro total por los servicios profesionales recibidos. Entiendo que los copagos, el coaseguro, y los servicios no cubiertos son responsabilidad mía o de la persona responsable de mis pagos.

ACUERDO FINANCIERO: Yo, el o la firmante (ya sea como paciente o representante), estoy de acuerdo en pagar los cargos incurridos con Borrego Health, en conformidad con la lista de tarifas establecida. Entiendo que si soy miembro de un Plan de Salud (HMO) y no he obtenido autorización para el pago por servicios, seré responsable por los cargos no cubiertos. También entiendo que soy responsable por pagos pendientes, y que se requiere de un depósito para los pacientes que no califiquen para el descuento de tarifa móvil u otros programas de beneficios públicos.

DECLARACIÓN ANTICIPADA: Adultos de los 18 años en adelante, tienen el derecho de (a) girar instrucciones para su cuidado médico en el futuro, o (b) designar a un representante que pueda hacer estas decisiones por él o ella en caso de pérdida de capacidad para hacerlo. Yo, el o la firmante, entiendo que la información sobre declaraciones anticipadas se encuentra disponible al solicitarla.

He ejecutado una declaración anticipada SI _____ NO _____ (En caso afirmativo favor de proporcionar una copia) Deseo más información. SI _____ NO _____

Nombre del Paciente: _____ Representante del Paciente: _____

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____