

Consentimiento general para recibir tratamiento

Me he presentado de forma voluntaria para recibir cuidado médico y doy mi consentimiento para recibir dicho cuidado médico y tratamiento, incluso cualquier procedimiento de diagnóstico y pruebas que el(los) médico(s), sus asociados, asistentes o demás proveedores de cuidados de la salud determinen que sean necesarios. Comprendo y acepto que, a lo largo del tratamiento, no se ha hecho ni se hará garantía o promesa alguna en cuanto al resultado o cura del tratamiento.

Acepto y comprendo que cada médico que proporcione servicios, incluso aquellos a quienes puede llamarse para proporcionar cuidados ya sea en persona o de manera indirecta a través de servicios profesionales (por ejemplo, patología, interpretación de ECG, anestesiología) no son nuestros agentes, sirvientes o empleados. Comprendo que para servicios de emergencia o no programados, mi selección de médicos puede ser compilada a través de una lista de médicos «de guardia» establecida. Estos médicos tampoco son nuestros agentes, sirvientes o empleados. Acepto que estos médicos solamente son responsables de sus propios juicios y conductas.

Comprendo que, con frecuencia, el diagnóstico y el tratamiento constituyen un proceso que requiere la participación de médicos y profesionales de la salud asociados en diversas especialidades, en varios sitios y a lo largo del tiempo. En reconocimiento de que la nuestra será una relación continua y a fin de facilitar el proceso de diagnóstico y tratamiento, doy mi autorización y consentimiento para que se practiquen los exámenes, pruebas y tratamientos que los proveedores de cuidados de la salud consideren necesarios hoy en día y durante un periodo de un año.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías o películas relacionadas con el cuidado y tratamiento, y comprendo que dichas fotografías o películas pueden ser incluidas como parte del expediente médico y/o ser utilizadas para fines internos, tal como mejora del desempeño o fines educativos.

Tengo el derecho legal de otorgar mi consentimiento al tratamiento médico porque soy el/la paciente o soy el padre/tutor legal del/la paciente. Todas las referencias a «paciente», «yo» o «mi» en el documento se refiere a:
_____ (nombre del/la paciente).

Expediente médico electrónico

«Comprendo que mis expedientes médicos o los de mi hijo se comparten de forma electrónica con otros proveedores de cuidados de la salud a fin de permitir y promover la continuidad del cuidado entre proveedores. Comprendo que si yo/mi hijo consulto/a a otro proveedor que también participe en el sistema de expedientes médicos electrónicos, éste también tendrá acceso a mi expediente médico o al de mi hijo. Comprendo que si no deseo que mis expedientes médicos o los de mi hijo sean compartidos con otros proveedores, solicitaré y llenaré un formulario de Exclusión de intercambio de información de salud.

Elaboración de recetas electrónicas (recetas-E)

Autorizo de forma voluntaria las recetas-E para recetas, lo que permite que los proveedores de cuidados de la salud transmitan recetas de forma electrónica a la farmacia de mi elección, revisen la información de beneficios de la farmacia, así como el historial de expendio de medicamentos, siempre y cuando exista una relación médico-paciente.

Pruebas en caso de exposición del trabajador de cuidados de la salud

Comprendo que en caso de que un trabajador de cuidados de la salud sea expuesto de forma accidental a sangre o fluidos corporales del paciente o SIDA, de conformidad con la ley de Texas, se me requerirá que se me hagan pruebas de sangre para determinar la presencia del antígeno superficial de hepatitis B o C y/o anticuerpos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Comprendo que estas pruebas se realizan mediante la extracción de una pequeña cantidad de sangre y el uso de sustancias para hacer pruebas a la sangre.

Acepto que, en ciertos casos, estas pruebas pueden indicar que una persona ha sido expuesta a estos virus cuando la persona no lo ha sido (falso positivo) o es posible que no detecte que una persona ha sido expuesta a estos virus cuando en realidad sí lo ha sido (falso negativo). Comprendo que si alguna prueba resulta positiva, recibiré asesoría sobre el significado de estas pruebas según se relacione con el cuidado de salud del paciente aquí mencionado.

Comprendo que los resultados de estas pruebas se mantendrán confidenciales en la medida que lo permita la ley y que la distribución no autorizada de estos resultados es una ofensa criminal bajo la ley estatal.

Aceptaciones

Acepto que los datos administrativos, información demográfica y demás información de salud que describa el cuidado del paciente, servicios o resultados son recolectados y usados para operaciones de cuidados de salud, informes gubernamentales y no gubernamentales y comparaciones con otros proveedores. En ciertos casos, los datos de desempeño (como la longitud de la estancia) se incluye e informa por médico. En cada caso, se hace todo esfuerzo razonable para mantener al paciente y al médico bajo anonimato.

Acepto que he recibido un Aviso de prácticas de privacidad («Aviso»). El Aviso explica cómo el hospital o los proveedores pueden usar y revelar la información de salud protegida del paciente para fines de tratamiento, pagos y operaciones de cuidados de la salud. «Información de salud protegida» se refiere a la información de salud del paciente que se encuentra en los expedientes médicos y de facturación del paciente. Si tengo preguntas sobre el «Aviso», me comunicaré con la Oficina de privacidad al teléfono (832)-824-2091.

Por favor, marque la casilla adecuada a continuación:

- Acepto que he recibido un paquete de información para el paciente, incluso el Aviso de derechos y responsabilidades del paciente.
- El paciente tiene una Directiva de voluntades anticipadas Sí No

De ser afirmativo, seleccione todas aquellas que apliquen: Directiva a los médicos

Poder para la atención médica Orden de no resucitar fuera del hospital

Comuníqueme la existencia de cualquier directiva de voluntades anticipadas a su proveedor de cuidados de la salud y proporcione copias para el expediente médico.

- Una traducción de este formulario en _____ [mencione el idioma] fue proporcionada por _____ [nombre del traductor].

Por favor, firme el área adecuada a continuación:

- He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas al respecto.

Firma del paciente/ padre/ tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre con letra de molde del paciente/padre/tutor legal: _____ Parentesco: _____

El paciente es un menor no puede firmar debido a que: _____

Testigo: _____

Fecha: _____