

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y FACTURACIÓN

Doy mi autorización para el procedimiento o la atención médica que posiblemente se llevará a cabo durante esta visita, incluso el tratamiento o los servicios de emergencia, lo que puede incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio, análisis toxicológicos, exámenes de rayos X, tratamientos y procedimientos médicos y quirúrgicos, servicios de anestesia y hospitalarios prestados conforme a las instrucciones generales y especiales del médico o cirujano del paciente. Comprendo que:

- A) Lo habitual, excepto en circunstancias de emergencia o inusuales, es que los procedimientos mayores no se lleven a cabo sino hasta que el paciente hable con su médico u otros profesionales de salud y acepte el procedimiento;
- B) Cada paciente tiene derecho a negarse a aceptar cualquier procedimiento o tratamiento propuesto;
- C) Ningún paciente se involucrará en un procedimiento de investigación o experimental sin su pleno conocimiento y consentimiento; y
- D) Comprendo que no me han dado garantías del resultado o la recuperación que se pueden obtener de los exámenes o del tratamiento en el hospital.

En el caso de que un trabajador de atención médica tenga exposición a mi sangre o fluidos corporales durante el transcurso de mi atención médica en un centro de Providence Health & Services Alaska, por este medio autorizo a que se realicen las pruebas para detectar la presencia de enfermedades contagiosas que pudieran ser un riesgo para el trabajador de atención médica. Comprendo que estas pruebas son para asegurar que se sea posible determinar la atención médica adecuada para el trabajador expuesto. Los resultados de esas pruebas se archivarán con mi información médica confidencial. Estas pruebas no tienen ningún costo y los resultados se enviarán a mi médico de atención primaria. Entiendo que esta prueba se hará a través de Providence Health & Services Alaska Employee Health Services y que puedo comunicarme con ellos si tengo alguna pregunta o preocupación relacionada con este asunto.

### INSTRUCCIÓN ANTICIPADA

Providence Health & Services Alaska reconoce una instrucción anticipada debidamente ejecutada, una declaración/testamento vital o un poder duradero para las decisiones de atención médica.

¿Tiene usted una instrucción anticipada o poder duradero para las decisiones de atención médica?

Coloque sus iniciales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si su respuesta es 'Sí', indique la ubicación: \_\_\_\_\_

### OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Me recomendaron dejar mis objetos personales, dinero y objetos de valor en casa, con familiares o amigos. Acepto que el centro o programa no es responsable de ninguna pérdida o daño ocasionados a tales objetos personales, dinero u objetos de valor y renuncio a todo reclamo, a menos que hubiera colocado esos artículos en la caja fuerte del centro. Comprendo que el centro no es responsable de resguardar mis objetos personales, dinero u objetos de valor que deje en las áreas públicas del centro o en la sala de pacientes, residentes o clientes.

**Firma del Consentimiento para el tratamiento y la facturación, y acuse de recibo de la información general relacionada con el tratamiento y los asuntos financieros (Información general relacionada con el tratamiento y los asuntos financieros en las páginas 3 y 4)**

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**Firma del paciente, familiar o representante legal**

- El paciente es un menor de \_\_\_\_ años de edad       La condición médica del paciente no le permite firmar

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Con mi firma a continuación acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad**

Firma de reconocimiento

Fecha

8561-D34 (Rev. 8/12)

COLOQUE LA ETIQUETA DE  
IDENTIFICACIÓN DEL  
PACIENTE AQUÍ



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y FACTURACIÓN**

Página 1 de 1

Copias:

Original: registros médicos Amarilla: oficina comercial Rosada: paciente

TAB 7