



## Consentimiento general para el tratamiento

**Este consentimiento se renovará automáticamente cada año para todos los niños enumerados a continuación, hasta que lo revoque por escrito, excepto cuando ya hayamos realizado la divulgación en base a su consentimiento previo.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Enumere TODAS las personas que pueden traer a su hijo o hijos al Centro Pediátrico:

**(Tenga en cuenta que se puede entregar un resumen clínico impreso en el momento de la visita al consultorio, pero no le da derecho a dicha persona a los registros médicos).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Consentimiento para diagnóstico, atención y tratamiento

Entiendo y reconozco que este Consentimiento general para el tratamiento se aplica a la atención y el tratamiento que mi hijo o hijos reciben en cualquiera o en todas las ubicaciones del Centro pediátrico del suroeste de Luisiana, denominado en el presente como El Centro pediátrico. Esto puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico, radiología y laboratorio de rutina y administración de medicamentos. Será válido a partir de la fecha de mi firma.

Doy mi consentimiento y autorizo a los médicos y otros proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el cuidado de mi hijo(s) para que brinden dicho diagnóstico, atención y tratamiento que se consideren necesarios para su bienestar.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías con respecto a la probabilidad de éxito o los resultados de cualquier examen, tratamiento, diagnóstico o prueba realizado en The Pediatric Center. Entiendo que los proveedores de atención médica en capacitación, incluidos los estudiantes de enfermería, laboratorio y rayos X, pueden participar en el cuidado y tratamiento de mi(s) hijo(s). Autorizo el examen y eliminación de todos los tejidos, fluidos o muestras extraídas de su cuerpo.

## Derechos y responsabilidades del paciente

Entiendo que tengo el derecho y la responsabilidad de participar en el cuidado y tratamiento de mi hijo/hijos. Entiendo que tengo derecho a ser informado sobre el tratamiento recomendado, los riesgos que implica y las alternativas disponibles; y la responsabilidad de hacer preguntas si no lo entiendo. Acepto proporcionar información precisa y completa sobre el historial de salud de mi hijo/hijos y la presentación de quejas, acordar un plan de tratamiento y seguir ese plan. Entiendo que los proveedores de atención médica me tratarán a mí ya mi hijo(s) con respeto, y acepto hacer lo mismo por ellos. El no hacerlo puede resultar en el despido de todos mis hijos del cuidado del Centro Pediátrico.

## HIPAA - Uso y divulgación de información de salud

Entiendo que The Pediatric Center usará y divulgará mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo, reconozco y doy mi consentimiento para la divulgación de la información de salud personal de mi hijo/hijos para los fines descritos en esta sección y como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad que está disponible para mí en línea en [thepediatriccenter.com](http://thepediatriccenter.com) y en forma impresa, y según lo permita la ley. También entiendo que es mi responsabilidad revisarlo.

No usaremos ni divulgaremos su PHI para ningún propósito que no se mencione en el Aviso de prácticas de privacidad sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica que proporcione puede revocarse en cualquier momento escribiendo al Representante de Cumplimiento a la dirección que se indica a continuación. Si cree que se han violado los derechos de privacidad, envíe una queja por escrito al Representante de Cumplimiento que se indica al final de este consentimiento. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos esta dirección si la solicita. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja. Si se produce algún cambio en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro Pediátrico del Suroeste de Luisiana, estará disponible en nuestro sitio web. Una copia impresa de este cambio estará disponible a pedido.

Entiendo que The Pediatric Center puede registrar información médica y de otro tipo relacionada con el tratamiento de mi hijo/hijos en papel, formato electrónico, fotográfico, de video y otros formatos y que dicha información se utilizará durante su tratamiento, con fines de pago y para apoyar la atención médica. operaciones.

Doy mi consentimiento para que los médicos tratantes y otros proveedores de atención médica intercambien información con otros profesionales, empresas y proveedores de atención médica, incluidos, entre otros, hospitales, agencias de salud en el hogar, agencias estatales y farmacias sobre las condiciones de salud anteriores y actuales de mi hijo o hijos. para facilitar el tratamiento o para la continuación de la atención. Esto incluye toda la información, los resultados de las pruebas y los registros relacionados con el tratamiento por abuso de drogas o sustancias, salud mental, VIH o SIDA y notificación de enfermedades infecciosas.

### **Intercambios de información de salud**

Los intercambios de información de salud permiten a los proveedores de atención médica compartir electrónicamente información de atención médica sobre pacientes para varios propósitos, como el tratamiento, el control de calidad y los requisitos de informes de la ley estatal. Entiendo que si voy al Centro Pediátrico para recibir tratamiento, los médicos y/o su personal pueden obtener una copia de mi historial de medicamentos, enviar y recibir registros de vacunas y enviar y recibir otra información de atención médica electrónicamente a través de varias conexiones de intercambio de información médica. con otros proveedores de atención médica. Entiendo que puedo solicitar que mi información de atención médica no se comparta a través del intercambio electrónico de información médica siguiendo las instrucciones en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

### **Bienes muebles y objetos de valor**

Entiendo que mi propiedad personal es mi responsabilidad, y The Pediatric Center no es responsable por la pérdida, destrucción o robo de mi propiedad personal.

### **Comunicación**

Acepto que The Pediatric Center, o un proveedor que actúe en su nombre, puede comunicarse conmigo por escrito a cualquier dirección que haya proporcionado, comunicarse verbalmente o por mensaje de texto a cualquier número de teléfono que haya proporcionado, incluidos los números de teléfono celular que podrían resultar en cobros a mí, comunicarse electrónicamente a través de cualquier dirección de correo electrónico que haya proporcionado y encriptado electrónicamente usando el portal Follow My Health para pacientes. Acepto que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. Entiendo que no seré contactado de ninguna manera por vendedores telefónicos para o en nombre de The Pediatric Center of Southwest Louisiana.

### **Envíe sus preguntas y/o quejas por escrito a :**

Representante de Cumplimiento  
El Centro Pediátrico del Suroeste de Luisiana  
Calle Ciprés 600  
Azufre, La 70663

Nombre de la madre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del padre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Tutor legal (si no es un padre biológico) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**FECHA DE HOY:** \_\_\_\_\_