

HCA Physician Services
WEST FLORIDA MEDICAL GROUP
Forma de Consentimiento del Paciente

(Favor de Leer y Firmar)

Por medio de la presente, Yo, la persona que firma, doy mi consentimiento para lo siguiente:

- . • Administración y realización de todos los tratamientos,
- . • Administración de cualquier anestésico que sea necesario,
- . • Realización de aquellos procedimientos que sean considerados como necesarios o recomendables para este paciente,
- . • Uso de medicamentos que sean recetados,
- . • Realización de procedimientos para diagnóstico,
- . • El uso y la toma de cultivos,
- . • Realización de otras pruebas de laboratorio que sean aceptables de acuerdo a recomendaciones medicas, las cuales sean consideradas medicionalmente necesarias, o recomendables, basadas en el juicio del médico asignado o de las personas asignadas por el mismo.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico.

Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.**

Yo entiendo que mi consentimiento a **WEST FLORIDA MEDICAL GROUP** incluye a otras oficinas con diferente ubicación y que pertenecen a la misma persona y/o compañía.

Yo, la persona que firma, autorizo que: **WEST FLORIDA MEDICAL GROUP** utilice y entregue mi información con propósito de tratamiento, pagos, y funciones relacionadas con el cuidado de la salud.

El **Tratamiento** incluye pero no está limitado a: la administración y realización de todos los tratamientos, la administración de cualquier anestésico que sea necesario, el uso de medicamentos que sean recetados; la realización de aquellos procedimientos que sean determinados como necesarios o recomendables durante el tratamiento de este paciente, como son procedimientos de diagnóstico, la toma y utilización de cultivos y otras pruebas de laboratorio que sean medicionalmente aceptables, todos los cuales sean considerados como necesarios y recomendables medicionalmente, por el médico que lo atiende o las personas asignadas.

El **Pago** incluye pero no está limitado a: la autorización del pago directo a: **WEST FLORIDA MEDICAL GROUP** de la cobertura de prestaciones que de otra forma son pagados a mí mismo. Por medio de la presente autorizo la entrega de mi información médica a terceras partes aseguradoras, o personas autorizadas a quienes les sea necesario mi consentimiento para establecer o cobrar una cuota por los servicios proporcionados, como son la facturación y cobro por servicios, los pagadores de compañías aseguradoras, las aseguradoras de accidentes para automóviles, o para heridas relacionadas con mi trabajo, a la compañía que me emplea o a la persona asignada. Yo entiendo que soy financieramente responsable de los cargos que no estén cubiertos. Yo entiendo que la información del paciente puede ser almacenada electrónicamente y puede estar disponible a través de redes de computo.

Operaciones relacionadas con el **Cuidado de la Salud** incluyen pero no están limitadas a: La entrega de información médica a cualquiera de mis doctores y sus oficinas o las compañías de seguros que participan en el cuidado, el tratamiento de mi salud y la calidad de dicho tratamiento.

Yo, entiendo que este consentimiento es proporcionado antes de tener un diagnóstico o tratamiento específico. Mi intención es que la validez de este consentimiento continúe aún después de que se tenga un diagnóstico específico y que se haya recomendado un tratamiento. **Este consentimiento será válido en su totalidad hasta que indique lo contrario por escrito.** Este consentimiento incluye específicamente la entrega de cualquier información médica que involucre condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, y/o enfermedades infecciosas que incluyan pero que no están limitadas a enfermedades que son transmitidas por contacto con sangre.

Una fotocopia de este consentimiento deberá de ser tan válida como el original.

(OPCIONAL) En caso de que exista una exposición, y el paciente resultó positivo, el medico que lo atiende notificará a paciente, cualquier persona que haya sido expuesta, y al _____ Health Department (Departamento de Salud) y le serán proporcionadas las recomendaciones adecuadas.

(OPCIONAL) **PACIENTES con seguro por parte de MEDICARE:** Yo, autorizo proporcionar mi información médica que sea necesaria a la Social Security Administration (Administración de Seguro Social) o sus intermediarios para mi cobertura con Medicare. Estoy asignando el pago de los servicios a: **WEST FLORIDA MEDICAL GROUP**

Yo reconozco que le he dado al: **WEST FLORIDA MEDICAL GROUP** Notice of Privacy Practices (Notificación de la Privacidad para Consultorios) Yo, entiendo que si tengo preguntas o reclamos que tengo que contactar al Oficial de Privacidad. Iniciales del Paciente: _____

Yo, declaro que he leído y entendido completamente los párrafos anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario para que se lleven acabo.

Firma del Paciente (o Parte Responsable) Fecha

Original – Consultorio HIM.PRI.001, HIM.PRI.007 **Fecha de Última Revisión:** Abril 18, 2003