



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Autorización del paciente para el uso y descubrimiento de información de salud y pago de tratamiento ó operación del cuidado de salud.

CONSENTIMIENTO A VISITING PHYSICIANS ASSOCIATION PARA SERVICIOS

Yo pido y autorizo cuidado médico como mis médico(s), sus asistentes, o designees (colectivamente llamados "los médicos") pueden juzgar lo necesario o recomendado. Este cuidado puede incluir, pero no es limitado a diagnósticos rutinarios, radiología, y procedimientos de laboratorio, administración de medicamento rutinarios, biológico y de enfermería. Yo autorizo mis médico(s) a realizar otros servicios adicionales y extendidos en situaciones de emergencia si es necesario o recomendable para preservar mi vida o salud. Yo entiendo que mi (el paciente) cuidado es dirigido por mi (el paciente) acuerdo a las instrucciones del médico(s).

Yo estoy enterada que la práctica de medicina y cirugía no es ciencia exacta y reconozco que no hay garantías o promesas que se me han hecho con respeto a resultados de tales diagnósticos y procedimientos o tratamientos.

Yo entiendo que muestras de fluidos corporales y/o tejidos pueden ser retirados de mi (el paciente) durante procedimientos de diagnósticos rutinarios. Autorizo a Visiting Physicians Association para disponer de los fluidos corporales.

Me han notificado y entiendo que una prueba del VIH (virus de la inmunodeficiencia de humano-SIDA) puede ser realizado sin mi consentimiento si un empleado médico del profesional o empleado de VPA o el respondedor de primeros auxilios sostienen exposición de mi sangre o otros fluidos corporales.

Reconocimiento De las Prácticas De Aislamiento

El aviso de VPA de las prácticas de la aislamiento proporciona la información sobre como información protegida de la salud sobre mi (el paciente) incluyendo la información sobre el virus de la inmunodeficiencia (VIH), complejo relacionado (ATC) e (ESIDA) incluyendo el tratamiento del abuso de sustancia. Los expedientes son protegidos bajo la parte 2 de la regulación 42, en el código de regulaciones federales y psicológicos (si alguno) puede ser divulgado. Se me ha ofrecido una oportunidad de repasar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que el aviso de los términos pueden cambiar y puedo obtener una copia revisada entrando en contacto con la oficina local de VPA.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones en como información médica protegida es usada o divulgada para tratamiento, pago o operaciones de salud es usado. Mi médico(s) y VPA **no son requeridos estar de acuerdo a esta restricción, pero si ellos están de acuerdo, será obligado por el acuerdo.**

Autorización de Lanzar la Información de la Salud

Yo entiendo que como parte de mi cuidado de salud, **Visiting Physicians Association**, origina y mantiene papel y/o records describiendo mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Medios de la comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- Como fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- Medios por los cuales un pagador de tercera persona puede verificar que los servicios mandados fueran proporcionados realmente
- Una herramienta para las operaciones rutinarias del cuidado médico tales como de determinación de calidad y repaso de la capacidad de los profesionales del cuidado médico.

Reconozco que una copia del aviso de las prácticas de la aislamiento me fue proporcionada. Entiendo que tengo los derechos y los privilegios siguientes:

- El derecho de repasar el aviso antes de firmar este consentimiento

- El derecho de oponerse al uso de mi informacion de la salud para los propositos del directorio
- El derecho de pedir restricciones en cuanto a como mi informacion de la salud se puede utilizar o divulgar para realizar el tratamiento, el pago, o operaciones del cuidado medico

Entiendo que **Visiting Physicians Association** no esta requerido convenir las restricciones pedidas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escritura, excepto hasta el punto de que la organizacion haya tomado medidas en confianza sobre eso. Tambien entiendo que rechazando firmar este consentimiento o revocando este consentimiento de esta organizacion puede rechazar tratarme como permitido por la seccion 164.506 del código de regulaciones federales.

Tambien entiendo que **Visiting Physicians Association** reserva el derecho de cambiar su aviso y practicas, de acuerdo con la seccion 164.520 del codigo de la regulacion federal. Si **Visiting Physicians Association** cambia su aviso, enviara una copia de cualquier aviso revisado a la direccion que he proporcionado (por medio de servicio postal de U.S. o si estoy de acuerdo via e-mail).

Autorizo el lanzamiento de informacion de salud que no esta relacionado a tratamiento, pago y cuidado medico al individual nombrado abajo para el proposito de: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Direccion: _____

Es mi deseo tener las siguientes restricciones con respeto a el uso o distribucion de mi informacion medica.

Yo entiendo que como parte de el tratamiento, pago, o cuidado medico o operaciones del servicio medico de esta organizacion, puede ser necesario utilizar mi informacion medica protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a tal usuario permitido para estos usos, incluyendo obtener via fax.

Yo entiendo y reconozco que he recibido un aviso de las practicas de aislamiento y tales usos detallados en la notificacion.

Yo entiendo que esto puede incluir informacion relacionada a: (marque y inicie si aplicable)

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (VIH)
- Servicios medicos de comportamiento/cuidado psiquiatrico
- Tratamiento para abuso de alcohol y/o abuso de drogas

ASIGNACION DE LAS VENTAJAS DE SEGURO

Certificacion de Medicare: Yo certifico que la informacion proveida por mi al aplicar para pago debajo el Titulo XVII del Acto de Seguro Social es correcto y pido por mi parte todo beneficio autorizado.

Yo autorizo y instruyo a mi compañía de aseguranza que haga pago directamente a VPA para beneficios (pagos) de otra manera pagado por mi. **Yo acepto pagar personalmente cualquier cargo que sean cubridos o collectados por cualquier programa de aseguranza, incluyendo cualquier deducible y cantidades de otras aseguranzas.**

HE LEIDO O ME HAN LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE CONSENTIMIENTO. YO HE TENIDO LA OPORTUNIDAD A PREGUNTAR PREGUNTAS Y DE TENER MIS PREGUNTAS CONTESTADAS.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

- Consentimiento de guardian legal, representante del paciente o familiar cercano si el paciente no puede firmar
- Consentimiento del proveedor o encargado del paciente si el paciente no puede firmar

Nombre del guardian legal, representante o familiar cercano del paciente ó otro: _____ Relacion: _____

Direccion: _____

Firma de persona nombrada: _____

Fecha: _____ Tiempo: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

Name of Patient: _____

Signature of Patient: _____ Date: _____

Consent of Legal Guardian, Patient Advocate or Nearest Relative **if patient is unable to sign**

Consent of Practitioner or Caregiver **if patient is unable to sign**

Name of Legal Guardian, Patient Advocate, Nearest Relative or Other: _____

Relationship: _____ Telephone: _____

Address: _____

Signature of the above: _____ Date: _____ Time: _____

Signature of Witness: _____ Date: _____