Reset

**Texas Children's Pediatric Associates**

## GENERAL CONSENT TO TREAT

I am the parent/guardian of _____ (name of patient). I have the legal right to consent to medical and surgical treatment for this patient.

I voluntarily authorize and consent to such medical care, treatment, and diagnostic tests that Dr. _____ and his/her designated associates or assistants believe are necessary for this child. I understand that by signing this form, I am giving permission to the doctors, nurses, physician assistants, and other health care providers in this medical office to provide treatment to this child as long as this child is a patient in this office, or until I withdraw my consent.

I have read this form or this form has been read to me in a language that I understand, and I have had an opportunity to ask questions about it.

## DELEGATION OF CONSENT

I hereby authorize (when I am unavailable to give consent) the following individual(s), _____, whose relationship to this child is _____, to consent to any and all medical care and attention for this child which is deemed necessary and appropriate by a healthcare provider licensed in the state of Texas. This consent includes, but is not limited to, medical and surgical intervention, and elective as well as emergency care. This delegation shall be valid until I withdraw delegation of consent.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Signature of Parent/Guardian/Patient (if 18+ years) (must be signed at Practice with employee witness) | Relation to Patient | Date |

| _____ | _____ |
|---|---|
| Witness | Translator/Reader (if applicable) |

## WRITTEN ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL INTEGRATED DELIVERY SYSTEM NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

By signing below, you acknowledge receiving the Texas Children's Hospital Integrated Delivery System ("TCH IDS") Notice of Privacy Practices ("Notice"). The Notice explains how TCH IDS may use and disclose your protected health information for treatment, payment, and health care operations purposes. "Protected health information" means your personal health information found in your medical and billing records.

**Your signature below only acknowledges that you have RECEIVED the Joint Notice.**

If you have questions about the Notice, please contact the TCH IDS Privacy Office. Contact information is located in the Notice.

Name of Patient: _____

Name of Patient's Representative (Printed): _____

Relationship of Patient's Representative to Patient: _____

Signature of Patient or Patient's Representative: _____

Date: _____

**Texas Children's Pediatric Associates**

## CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO

En mi carácter de padre o tutor de _____ (nombre del paciente), estoy legalmente autorizado para otorgar consentimiento en el tratamiento medico y quirúrgico de este paciente.

Autorizo voluntariamente y doy mi consentimiento para que se brined la atención médica, tratamiento y se realicen los análisis para diagnóstico que el/la Dr(a). _____ y sus asociados o asistentes designados consideren necesarios para el niño. Estoy de acuerdo que al firmar este formulario, autorizo a los doctores, enfermeras, médicos de apoyo y todo otro proveedor de atención médica de este establecimiento a tartar al niño sea paciente de este establecimiento o hasta que yo retire mi consentimiento.

He leído este formulario o este formulario me ha sido en un idioma que yo comprendo, y he tenido oportunidad de hacer preguntas acerca del mismo.

## DELAGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, autorizo (cuando no esté en condiciones de otorgar consentimiento) a las siguientes personas: _____, cuya relación con el niño es la siguiente: _____, a dar el consentimiento para la atención médica y cuidado que un proveedor de servicios médicos registrado en el estado de Texas considere necesario y adecuado. Este consentimiento incluye, entre otros, intervención médica y quirúrgica, y atención de urgencia y voluntaria. Esta delegación tendrá vigencia hasta que yo revoque la delegación del consentimiento.

_____ _____ _____

Firma del padre, tutor o paciente (si es mayor de 18 años) Relación con el paciente Fecha

(Debe ser firmado en la oficina del medico con un empleado de la oficina como testigo)

_____ _____

Testigo Traductor o lector (si corresponde)

## ACUSE DE RECIBO POR ESCRITO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL SISTEMA TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL INTEGRATED DELIVERY SYSTEM

Al firmar abajo usted acusa de haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") del Texas Children's Hospital Integrated Delivery System ("TCH IDS"). El Aviso explica cómo pueden TCH IDS usar y divulgar su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. "Información médica protegida" es la información personal sobre su salud que se encuentra en sus expedients médicos y de facturación.

**Su firma abajo unicamente reconoce que usted ha RECIBIDO el Aviso Conjunto.**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el Aviso, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad de TCH IDS. La información para contactos se encuentra en el Aviso.

_____

Nombre del Pacient: _____

Nombre del Representante del Pacient (letra de molde): _____

Relación del Representante con el Paciente: _____

Firma del Paciente o su Representante: _____

Fecha: _____