

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

_____ Hago constar que he recibido del Texas Children's Hospital Integrated Delivery System
(Escriba su inicial) ("TCH IDS") el Aviso sobre Prácticas de Privacidad ("Aviso"). Este Aviso explica cómo TCH IDS puede utilizar y divulgar la información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. Por "información médica protegida" se entiende la información médica personal sobre usted que se encuentra en sus expedientes médico y de cobranzas.

Si tiene preguntas sobre este Aviso, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad de TCH IDS. La información de contacto está incluida en el Aviso.

Consentimiento general para tratamiento

Soy el padre/madre o tutor de (nombre del paciente) _____.

Tengo derecho legal para dar consentimiento para que este paciente reciba tratamiento médico y quirúrgico.

De manera voluntaria autorizo y doy consentimiento para la atención médica, tratamiento y pruebas diagnósticas que el Dr. _____ y sus asociados o asistentes designados consideren necesarios para este niño. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras, auxiliares médicos y otros proveedores de atención a la salud en esta sede para que proporcionen tratamiento a este niño siempre que el niño sea paciente de esta sede o hasta que yo retire mi consentimiento.

_____ **(Escriba su inicial)**

Consentimiento para divulgar y obtener información

De conformidad con las leyes federales y estatales, acepto permitir que Asociados Pediátricos de Texas Children's (TCPA) brinde la atención necesaria a este niño a fin de suministrarle continuidad del cuidado y tratamiento. TCPA y el proveedor del paciente pueden obtener de cualquier fuente y examinar y utilizar, o discutir y divulgar, el expediente médico y la información del paciente al personal tratante y agentes del hospital, otros proveedores de atención a la salud, auditores de expedientes médicos, comités profesionales, evaluadores de la atención médica y entidades gubernamentales. Esta información puede incluir, pero no se limita a: historia médica, exámenes, diagnósticos, tratamientos, cualquier información sobre pruebas psiquiátricas, de abuso de drogas o alcohol o genéticas, o información sobre VIH y sida. Este consentimiento para divulgar y obtener información estará vigente hasta que sea revocado. Quien suscribe puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en los casos de divulgación ya hecha de acuerdo con el consentimiento anterior.

_____ **(Escriba su inicial)**

_____ He leído este formulario o alguien me lo ha leído en un idioma que entiendo y he tenido oportunidad de
(Escriba su inicial) hacer preguntas al respecto.

Prescripciones electrónicas (E-Prescribing)

_____ De forma voluntaria autorizo para que TCPA permita las prescripciones electrónicas para el surtido de medicamentos
(Escriba su inicial) recetados del paciente, lo que permite que los proveedores de atención a la salud envíen las prescripciones electrónicamente a la farmacia de mi elección, revisen la información sobre beneficios de farmacia y la historia de surtido de medicamentos siempre que el niño sea paciente de esta sede, o hasta que yo retire mi consentimiento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Fecha de nacimiento)

Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta): _____

Relación del representante del paciente: _____

Firma del paciente o su representante: _____ Fecha: _____