



Consentimiento General para recibir Tratamiento

Por medio del presente declaro que tengo el derecho legal de otorgar mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico debido a que soy: (a) el paciente, o (b) el padre o tutor del paciente.

Cada vez que se haga mención al "paciente", "yo" o "mi" en este documento, se refieren a: _____
(nombre del paciente).

Voluntariamente autorizo y otorgo mi consentimiento para las pruebas diagnósticas, el tratamiento y la atención médica que los profesionales de la salud de Texas Children's y sus asociados o asistentes autorizados consideren necesarios. Asimismo, otorgo mi consentimiento para que se tomen fotografías o se hagan filmaciones relacionadas con la atención y el tratamiento del paciente, y entiendo que dichas fotografías o filmaciones pueden pasar a formar parte del expediente médico. Entiendo que al firmar este formulario doy mi permiso a los doctores, enfermeras, auxiliares médicos y otros profesionales de la salud de este consultorio médico para brindar tratamiento durante el tiempo que exista una relación médico-paciente o hasta que yo retire mi consentimiento.

_____ (Iniciales del paciente)

Accesibilidad al Expediente para Tratamientos

Compartimos electrónicamente los expedientes médicos con otros profesionales de la salud para permitir y promover la continuidad de la atención que brindan. Si usted visita a otro profesional que también participe en un sistema médico electrónico, es probable que tenga acceso a su expediente médico.

_____ (Iniciales del paciente)

Mensaje de Voz y Texto

Como un servicio para nuestros pacientes, Texas Children's ofrece llamadas de cortesía o mensajes de texto para recordarles sus citas, así como otras importantes llamadas que se pueden realizar utilizando un sistema de mensajería pregrabado. La información puede incluir información protegida sobre la salud. Al anotar sus iniciales a continuación, usted autoriza recibir tales llamadas o mensajes de texto en el número de teléfono celular que nos ha facilitado.

_____ (Iniciales del paciente)

Recetas Electrónicas (e-Prescribing)

Autorizo voluntariamente a Texas Children's para que permita el envío de recetas electrónicas, lo cual permite a su vez que los profesionales de la salud transmitan electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección, revisen la información sobre mis beneficios de farmacia y consulten el historial de suministro de medicamentos durante todo el tiempo que exista la relación médico-paciente o hasta que yo retire mi consentimiento.

_____ (Iniciales del paciente)

Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

Reconozco haber recibido el Aviso de Privacidad de Texas Children's ("Aviso"), el cual explica la manera en que Texas Children's podrá usar y divulgar la información protegida sobre la salud del paciente para fines de tratamiento, pagos y procedimientos médicos. El término "Información Protegida sobre la Salud" se refiere a la información médica personal del paciente que se encuentra en el expediente médico y los registros de facturación del paciente. ***Para cualquier pregunta relacionada con el Aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Texas Children's al (832) 824-2091.***

_____ (Iniciales del paciente)

Reconozco que he leído o me han leído este formulario en un idioma que puedo entender y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el mismo.

_____ (Iniciales del paciente)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Nombre del representante legal del paciente, si éste es menor de 18 años (con letra de imprenta): _____

Relación del representante legal del paciente, si éste es menor de 18 años: _____

Firma del paciente o de su representante legal: _____ Fecha: _____