



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

The HSC Outpatient Center

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Los siguientes acuerdos se refieren a _____ (nombre de paciente), cuyo/a fecha de nacimiento es ____/____/____

Permiso para Diagnóstico y Tratamiento- Por la presente doy consentimiento a las autoridades del Centro Pediátrico de HSC para procedimientos diagnósticos, tratamiento, actividades terapéuticas y terapias de rehabilitación.

Autorización para la emisión de Información- Por la presente doy consentimiento a las autoridades del Centro Pediátrico de HSC para que el reporte correspondiente al estado médico del paciente, su progreso y condición, les sean dados a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

Emergencia De Cuidad del Niño/a- Entiendo que durante el curso de tratamiento en Centro Pediátricos de HSC, puede que exista una situación que requería tratamiento de emergencia. Por la presente doy consentimiento a Centro de Pediátrico de HSC que llame al 911 para iniciar cuidado de emergencia.

Responsabilidad Financiera Y Asignación de Beneficios- Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable por todos los costos ocurridos por dicho paciente. En caso de cobertura de gastos a través de Asistencia Media (Medical Assistance), entiendo que soy la persona responsable por el paciente y cooperare en el mantenimiento de su elegibilidad para asegurar un mecanismo de pago continuo para tratamiento.

_____ **(Iniciales)** He dado toda información de mi segura al Centro Pediátrico de HSC como presentado y no tengo ningún otro tipo de seguro o cobertura de un HMO (Health Maintenance Organization).

_____ **(Iniciales)** Asimismo, entiendo que en caso que los beneficios asignados de mi seguro no cubran el total de la obligación para el paciente mencionado arriba, yo soy la persona responsable por el balance.

Autorizo al Centro Pediátrico de HSC que otorguen a mi compañía de seguro cualquier y toda información del record médico que requieren en consideración del reclamo de pago.

Materiales Fotográficas- Permiso para fotografiar, y/o tomar películas o videos de dicho paciente para uso en el record del paciente, educación médica y/o propaganda y demostrar los propósitos y servicios del Hospital a través de publicaciones o uso en medios de comunicaciones apropiados. No habrá ningún tipo de remuneración por estas fotografías y/o películas o videos. El nombre del paciente no será usado para hacer propagandas del Hospital.	<u>Permiso Otorgado</u>	<u>Permiso Negado</u>
Reconozco que me han dado y han informado sobre el Aviso de Practicas de Privacidad en Centro Pediátricos de HSC (PHI).		

Firma del Responsable

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Responsable en Letra de Modle

Relación a Paciente

Teléfono de la persona responsable

Dirección de la persona responsable

Ciudad

Estado

Código postal

Números De teléfono alternos

Correo Electrónico

Nombre/Número de teléfono del Contacto de Emergencia