

Formulario De Consentimiento Médico Para Tratamiento

Información Del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Consentimiento para el Tratamiento: Yo, la persona que firma este documento, doy permiso a Camino Health Center para examinar, diagnosticar, y tratarme. Entiendo que esto puede incluir procedimientos médicos, pruebas de laboratorio y otros cuidados que el doctor crea necesario.

Autorización Para Compartir Información: Autorizo a Camino Health Center a compartir mi información médica con mi compañía de seguro, médicos y otros profesionales de salud que participen en mi cuidado, según lo exige la ley.

Responsabilidad Financiera: Entiendo que tal vez tenga que pagar por algunos servicios si mi seguro no los cubre. Estoy de acuerdo en pagar los costos que me corresponden, según el Programa de Descuento de Camino Health Center.

Prácticas de Privacidad: Confirmando que se me otorgo una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Camino Health Center. Este documento explica cómo usan y comparten mi información médica.

Consentimiento Para Menores (si aplica): Si el paciente es menor de edad, yo, como padre o tutor legal, doy permiso para su tratamiento.

Derecho a Negarse o Retirar el Consentimiento: Entiendo que puedo rechazar el tratamiento o cambiar de opinión y cancelar mi permiso cuando lo deseo. Solo necesito comunicárselo a Camino Health Center por escrito.

Firma y fecha: Paciente (o padre/tutor)

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Nombre del personal o testigo del CHC: _____ Fecha: _____

Firma del personal o testigo del CHC: _____