



Formulario de Consentimiento General del Paciente para la Atención

Consentimiento general para el cuidado:

Yo, el abajo firmante, para mí o un niño menor de edad u otra persona para quien tengo autoridad para firmar, por la presente doy su consentimiento para la atención médica y el tratamiento, según lo ordenado por un proveedor, mientras que dicha atención médica y tratamiento se proporciona a través del Grupo Médico Metodista sobre una base de visita ambulatoria / oficina. Este consentimiento incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos prestados bajo las instrucciones generales o específicas de un proveedor; incluyendo el tratamiento por parte de un proveedor de nivel medio (Nurse Practitioner o Physician Assistant), y otros proveedores de atención médica o los designados bajo la dirección de un médico, según se considere razonable y necesario.

Estoy de acuerdo y reconozco que Methodist Medical Group no es responsable de las acciones u omisiones de, o las instrucciones dadas por los médicos / proveedores que me tratan mientras soy un paciente. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes en las instalaciones del Grupo Médico Metodista.

Telemedicina

Entiendo que la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas para la salud del paciente, incluidos los servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento) puede emplearse para facilitar mi atención médica. Toda transmisión electrónica de datos se limitará a los destinatarios autorizados de conformidad con la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) y las leyes estatales de privacidad aplicables.

Para el paciente:

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se recomiende el tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.

Certifico que he leído y entiendo plenamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

Paciente menor de 18 años

Firma de la Fecha del Paciente o del Guardián Legal

Nombre **impreso** de la **relación** del paciente o tutor legal con el paciente

Este consentimiento para el tratamiento médico expirará 12 meses después de la fecha firmada hasta que se revoque por escrito