

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

**Consentimiento para tratamiento:** Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de los servicios médicos realizados o prescritos por los proveedores médicos que atienden en Orchid Health, y estoy de acuerdo con la realización de tratamientos o procedimientos que se consideran necesarios, rutinarios o aconsejables. Un ejemplo de algunos tratamientos realizados en Orchid:

- Exámenes físicos rutinarios, incluidos los deportivos
- Detección precoz, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones, tratamiento de lesiones leves
- Evaluación y manejo de enfermedades crónicas
- Salud reproductiva adecuada a la edad
- Pruebas de laboratorio rutinarias e inmunizaciones
- Educación sanitaria, asesoramiento y promoción del bienestar
- Medicamentos con receta, si procede
- Servicios de salud conductual
- Derivación a servicios de atención médica no prestados por Orchid Health

**Autorización de pago:** Asigno y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que sean pagaderos por el/los servicio(s) que reciba. También autorizo la liberación de cualquier registro médico necesario para permitir que la compañía de seguros pague por estos servicios, dentro de las directrices de las Leyes HIPAA (Privacidad). Entiendo a la perfección que en caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, seré el responsable financiero del pago. Si no tengo seguro activo, acepto pagar los servicios en el momento en que los reciba.

**Aviso de prácticas de privacidad:** Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, está disponible en la clínica al ingresar, y está de otra manera a mi disposición en cualquier momento previa solicitud. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y rechazar estos servicios. Reconozco que tengo derecho a rechazar la atención o retirar mi consentimiento para la atención, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Acuso recibo de información sobre los derechos del paciente y puedo aceptar o rechazar la atención en cualquier momento.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, están disponibles en la clínica en el check-in, y son de otra manera a mi disposición en cualquier momento previa solicitud.

**Consentimiento para acceder a los registros históricos de recetas/farmacia, y para ponerse en contacto con las redes hospitalarias locales para acceder a la información sobre la historia clínica:** Autorizo la divulgación de mi información sobre la historia clínica, ya que la información exacta es necesaria para la prestación de una atención médica precisa y de calidad.

**Consentimiento para recibir llamadas:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health para mi atención médica protegida y otros servicios en el número o números de teléfono proporcionados al consultorio, incluyendo mi número de teléfono celular. Entiendo que mi proveedor de telefonía celular puede cobrarme por dichas llamadas y que éstas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_