



# Consentimiento para tratamiento

## Acuse de recibo por escrito del aviso sobre practicas de privacidad del ALICE PEDIATRIC CLINIC

\_\_\_\_\_  
(Escriba su inicial)

Hago constar que he recibido del ALICE PEDIATRIC CLINIC (APC) el Aviso sobre Prácticas de Privacidad (el Aviso). Este Aviso explica cómo APC puede utilizar y divulgar la información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. Por "información médica protegida" se entiende la información médica personal sobre usted que se encuentra en sus expedientes médico y de cobranzas.

*Si tiene preguntas sobre este Aviso, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad de APC. La información de contacto está incluida en el Aviso.*

## Consentimiento general para tratamiento

\_\_\_\_\_  
(Escriba su inicial)

Soy el padre/madre o tutor de (nombre del paciente) \_\_\_\_\_. Tengo derecho legal para dar consentimiento para que este paciente reciba tratamiento médico y quirúrgico. De manera voluntaria autorizo y doy consentimiento para la atención médica, tratamiento y pruebas diagnósticas que el Dr. \_\_\_\_\_ y sus asociados o asistentes designados consideren necesarios para este niño. Entiendo que al firmar este formulario, doy permiso a los médicos, enfermeras, auxiliares médicos y otros proveedores de atención a la salud en esta sede para que proporcionen tratamiento a este niño siempre que el niño sea paciente de esta sede o hasta que yo retire mi consentimiento.

## Consentimiento para divulgar y obtener información

\_\_\_\_\_  
(Escriba su inicial)

De conformidad con las leyes federales y estatales, acepto permitir que Pediátricos de Texas Children's brinde la atención necesaria a este niño a fin de suministrarle continuidad del cuidado y tratamiento. Pediátricos de Texas Children's y el proveedor del paciente pueden obtener de cualquier fuente y examinar y utilizar, o discutir y divulgar, el expediente médico y la información del paciente al personal tratante y agentes del hospital, otros proveedores de atención a la salud, auditores de expedientes médicos, comités profesionales, evaluadores de la atención médica y entidades gubernamentales. Esta información puede incluir, pero no se limita a: historia médica, exámenes, diagnósticos, tratamientos, cualquier información sobre pruebas psiquiátricas, de abuso de drogas o alcohol o genéticas, o información sobre VIH y sida. Este consentimiento para divulgar y obtener información estará vigente hasta que sea revocado. Quien suscribe puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en los casos de divulgación ya hecha de acuerdo con el consentimiento anterior.

\_\_\_\_\_  
(Escriba su inicial)

He leído este formulario o alguien me lo ha leído en un idioma que entiendo y he tenido oportunidad de hacer preguntas al respecto.

## Prescripciones electrónicas (E-Prescribing)

\_\_\_\_\_  
(Escriba su inicial)

De forma voluntaria autorizo para que Pediátricos de ALICE PEDIATRIC CLINIC permita las prescripciones electrónicas para el surtido de medicamentos recetados del paciente, lo que permite que los proveedores de atención a la salud envíen las prescripciones electrónicamente a la farmacia de mi elección, revisen la información sobre beneficios de farmacia y la historia de surtido de medicamentos siempre que el niño sea paciente de esta sede, o hasta que yo retire mi consentimiento.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

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

Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Relación del representante del paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente o su representante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por escoger al grupo de pediatría ALICE PEDIATRIC CLINIC**

*September 2013*

305 East Third Street Alice, TX 78332