

VERIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO GENERAL DE ADULTOS

PARA EL PACIENTE: Este formulario de consentimiento es simplemente un recurso para obtener su permiso para realizar la consulta o evaluación necesaria para identificar el plan, tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición o necesidad identificada. Este documento no tiene la intención de asustar o alarmar, es simplemente una manera de darle mejor información para que pueda dar o denegar su consentimiento. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas. Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros que conlleva. En este momento de su atención, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico, incluyendo consultas y evaluaciones para obtener los servicios de Ayudantes de Pacientes para Medicare, vivienda, cupones de alimentos, Seguro Social y divulgación.

Yo, _____, soy un adulto de 18 años de edad o, si soy menor de 18 años, estoy emancipado en virtud de matrimonio, servicio activo en el ejército, orden judicial o por vivir separado de mis padres y administrando mis propios asuntos financieros, es decir, autosuficiente y voluntariamente doy mi consentimiento y autorizo a Terry Reilly, su personal, médicos, y otros profesionales para administrar, proporcionar y realizar los cuidados médicos generales, pruebas, procedimientos de rutina y otros servicios que sean considerados necesarios, recomendables o beneficiosos por parte de los proveedores para diagnóstico o tratamiento efectivo para mí. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico rutinarios, incluidos los rayos x, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para los exámenes de laboratorio. Las pruebas y el tratamiento de las ITS y las pruebas de embarazo pueden incluirse en las pruebas diagnósticas rutinarias, si corresponde. Entiendo que no se me han garantizado los resultados o la efectividad de dicho tratamiento y cuidado para mi condición.

Excluyendo una emergencia médica o circunstancias extraordinarias, entiendo que no se realizará ningún procedimiento sustancial sin darme la oportunidad de dar o rechazar el consentimiento informado para ese procedimiento específico. Al dar mi consentimiento general para la atención y el tratamiento, entiendo que me reservo el derecho de rechazar cualquier examen en particular, propuesta de cuidado, prueba, cirugía, procedimiento, tratamiento, terapia, o medicamento, incluida la prueba del VIH, y que tengo el derecho de revocar este consentimiento general para el cuidado y tratamiento en cualquier momento.

Solicito voluntariamente a Terry Reilly y a su personal médico, dental, de enfermería, salud conductual, farmacia y otros profesionales o a los designados por ellos, incluyendo principiantes según se considere necesario, que se realice un examen médico, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la condición que me ha llevado a buscar atención y tratamiento en Terry Reilly.

Las pruebas de VIH se ofrecerán como parte de las pruebas de laboratorio rutinarias recomendadas. La recepción de servicios de planificación familiar no es un requisito previo para recibir cualquier otro servicio ofrecido por Terry Reilly Health Services.

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO ESTA VERIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADO GENERAL DE ADULTOS. ME HAN DADO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y CUALQUIER PREGUNTA QUE HAYA TENIDO HA SIDO RESPONDIDA A MI SATISFACCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL.

Firma del Paciente

Nombre Impreso del Paciente

Fecha

El paciente no puede firmar porque _____. Por esta razón, verifico que he otorgado mi consentimiento para cuidados generales y tratamiento en nombre del paciente mencionado anteriormente.

Firma del Representante Personal

Nombre Impreso del RP

Fecha