



Patient Name: _____

MRN: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO / ATENCIÓN DE SALUD

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por el presente **doy mi consentimiento voluntario** para atención, tratamiento, pruebas y todos los demás servicios realizados por los proveedores de salud en Sansum Clinic. Entiendo que tengo derecho a negarme a dar mi consentimiento a cualquier atención, tratamiento, cirugía o procedimiento propuestos. También entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y a hablar de mis preocupaciones con mi proveedor de salud.

Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han ofrecido garantías sobre el resultado de mi atención, examen y/o tratamiento en Sansum Clinic.

Entiendo que puede que se utilicen imágenes y fotografía en el curso de mis visitas a mi proveedor de salud para proteger y autenticar mi identidad médica.

Entiendo que tengo que firmar este consentimiento anualmente o siempre que Sansum Clinic lo considere necesario. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento escribiendo a Sansum Clinic Health Information Services (HIS) Department, Release of Information, 89 South Patterson Avenue, Santa Barbara, CA 93111. Atención: Correspondencia, pero que mi revocación del consentimiento hará que ya no pueda recibir atención o tratamiento de Sansum Clinic.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Entiendo que Sansum Clinic conserva documentación tanto electrónica como en papel de mis registros de atención médica y de salud, y tiene la obligación de proteger mi información. Esta documentación suele incluir información sobre mis síntomas y condición de salud; resultados de exámenes físicos y pruebas diagnósticas; un plan respecto de atención y tratamiento futuros; así como identificadores demográficos y fotográficos. Dicha información identificable individualmente sobre mí constituye información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), y como tal, solo se utilizará, compartirá o revelará con fines de operaciones de tratamiento, pago o atención de salud, o conforme exija la ley. De lo contrario, mi PHI no será inspeccionada ni revelada sin mi autorización específica, salvo en ciertas circunstancias que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Sansum Clinic.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad de Sansum Clinic está anunciado públicamente en inglés y en español en un lugar claro y prominente en todas las instalaciones de Sansum Clinic y está disponible en la página de Internet de Sansum Clinic. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que puede utilizarse y revelarse mi PHI. El Aviso de Prácticas de Privacidad también detalla mis derechos a acceder a mi información médica y de salud, y a limitarla, obtenerla y corregirla, así como mi derecho a presentar una queja si considero que se han vulnerado mis derechos de privacidad. **Entiendo que puedo solicitar una copia por escrito del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que el personal de Sansum Clinic me la proporcionará.**

Además, soy consciente de que es posible que se revelen datos e información relativos a servicios esenciales de tratamiento médico y de salud prestados en mi nombre, cuando sea necesario, a proveedores de salud en situaciones de emergencia y/o a planes de seguro médico públicos o privados, a fin de recibir el pago, según describe la Política Financiera de Sansum Clinic. **Reconozco que debo firmar la Política Financiera de Sansum Clinic para recibir atención o tratamiento de Sansum Clinic.** Sin embargo, entiendo que puedo solicitar que no se revele a mi plan de salud o compañía de seguros la PHI asociada con aquella parte de mi atención de salud en Sansum Clinic que he pagado con mis propios fondos. También entiendo que esta solicitud ha de presentarse por escrito a Sansum Clinic Health Information Services (HIS) Department, Release of Information, 89 South Patterson Avenue, Santa Barbara, CA 93111.

Fecha de Entrada en Vigor: 1 de octubre de 2021

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Reconozco que mi atención de salud es una colaboración entre Sansum Clinic y yo, y me comprometo a participar de forma activa y a aceptar tanto mi papel como mis responsabilidades respecto de mis decisiones sobre atención de salud. Entiendo que hay anunciada una lista de Derechos y Responsabilidades del Paciente en inglés y en español en un lugar claro y prominente en todas las instalaciones de Sansum Clinic y en la página de Internet de Sansum Clinic. **Entiendo que puedo solicitar una copia por escrito de los Derechos y Responsabilidades del Paciente en cualquier momento y que el personal de Sansum Clinic me la proporcionará.**

REGISTRO DE INMUNIZACIONES DE CALIFORNIA (CAIR): Sansum Clinic participa en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR, por sus siglas en inglés), ubicado en 909 12th Street, #200, Sacramento, CA 95814. Entiendo que mi información, o la información de mi hijo (incluyendo nombre, fecha de nacimiento, tipos y fecha de inmunizaciones recibidas, fabricante y número de lote de cada inmunización recibida, reacciones adversas a inmunizaciones recibidas, otra información no médica necesaria para establecer la identidad, resultados de pruebas de tuberculosis, dirección y número de teléfono actuales, género y lugar de nacimiento) serán incluidos en el CAIR, a menos que yo escoja no participar. Cualquier información compartida con el CAIR se tratará como información médica confidencial y se utilizará para compartir, bajo petición, solo con proveedores de atención de salud, escuelas, centros de cuidado de niños, hogares familiares de atención infantil, proveedores de servicios WIC, departamentos de bienestar del condado, agencias de cuidados en crianza y planes médicos, solo con el fin de proporcionar servicios de inmunización, incluyendo emitir avisos de recordatorio, para facilitar el pago de inmunizaciones, para comprobar el estado de inmunización, y para fines estadísticos. Tengo derecho a examinar cualquier información relacionada con inmunizaciones compartida de este modo, y a corregir cualquier error que haya en ella. Si me niego a que se comparta esta información con el CAIR, Sansum Clinic conservará acceso a esta información para fines de atención al paciente o protección de la salud pública. El departamento local de salud y el Departamento de Salud Pública Estatal conservarán acceso a esta información con el fin de proteger la salud pública.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: Entiendo que los adultos de 18 años de edad y mayores tienen derecho, bien (A) a dar instrucciones sobre su atención médica en el futuro, o (B) a designar representantes del paciente para que tomen decisiones médicas por ellos si pierden su capacidad de tomar decisiones individualmente. **Entiendo que tengo disponible información sobre voluntades anticipadas si la solicito.**

CERTIFICACIÓN: Al firmar este formulario, acepto que he leído y entiendo plenamente el contenido y las referencias contenidas anteriormente en este formulario de Consentimiento General en su integridad. Reconozco que se ha contestado a todas mis preguntas de forma satisfactoria para mí.

Nombre Completo (Favor de utilizar letra de imprenta):	Relación con el Paciente:
Firma:	Fecha:

Nombre del empleado (Favor de utilizar letra de imprenta):	Departamento:
Firma del Empleado:	Fecha:

Sansum Clinic no discrimina, ni discriminará, por motivo de raza, color, origen nacional, antepasados, edad, sexo, orientación sexual, estado civil, religión, discapacidad o ninguna otra característica protegida por la ley. Consulte más en la página SansumClinic.org.

Fecha de Entrada en Vigor: 1 de octubre de 2021