



Patient Name: _____

MRN: _____

(Do not affix label, print clearly)

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MÉDICO / ATENCIÓN MÉDICA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por el presente doy mi consentimiento voluntario para atención, tratamiento, pruebas y todos los demás servicios prestados por los proveedores de atención médica en Sansum Clinic. Al mismo tiempo, entiendo que tengo derecho a negarme a dar mi consentimiento a cualquier atención, prueba, tratamiento, cirugía o procedimiento que se me propongan. Además, tengo derecho a hacer preguntas y hablar de mis preocupaciones con mi proveedor de atención médica.

Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y que la diagnosis y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han dado garantías sobre el resultado de mi atención, examen y/o tratamiento en Sansum Clinic. Además, entiendo que se pueden utilizar imágenes y fotografía en el curso de mis visitas a mi proveedor de atención médica para proteger mi identidad médica.

_____ (Inicial)

Entiendo que tengo que firmar este consentimiento anualmente o siempre que sea necesario, aunque puedo revocarlo en cualquier momento escribiendo a Sansum Clinic Health Information Services (HIS), Release of Information, 89 South Patterson Avenue, Santa Barbara, CA 93111. Attention: Correspondence

_____ (Inicial)

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Entiendo que se conserva documentación tanto electrónica como en papel sobre la atención médica recibida. Este registro médico o de salud suele incluir información sobre mis síntomas y condición médica; resultados de exámenes físicos y pruebas diagnósticas; un plan acerca de atención y tratamiento futuros; así como identificadores demográficos y fotográficos. Esta información identificable individualmente acerca de mí es información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) y, como tal, se utilizará, compartirá o revelará únicamente para el propósito de operaciones de tratamiento, pago y atención médica. De lo contrario, no se inspeccionará ni revelará sin mi autorización específica, salvo en ciertas circunstancias que están resumidas en el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Sansum Clinic.

_____ (Inicial)

Asimismo, soy consciente de que es posible que se revelen datos e información acerca de tratamiento médico y servicios médicos esenciales prestados en mi nombre, cuando sea necesario, a proveedores de salud en situaciones de emergencia y/o a planes de seguro médico públicos y privados para recibir pagos según se resume en la Política Financiera de Sansum Clinic. Sin embargo, puedo pedir que la PHI asociada a aquella parte de mi atención médica en Sansum Clinic que yo haya pagado en su totalidad por mi cuenta no sea revelada a mi plan de salud o compañía de seguros. Además, entiendo que esta petición debe realizarse por escrito y entregarse a Sansum Clinic Health Information Services.

Nota: Dentro de las instalaciones de Sansum Clinic se publica una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** tanto en inglés como en español, así como una copia impresa que está disponible en cada mostrador de registro.

_____ (Inicial)

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE CALIFORNIA (CAIR):

(Sansum Clinic participa en el Registro de Inmunización 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 el nombre, fecha de nacimiento, tipos y fecha de las vacunas recibidas, fabricante y número de lote para cada vacuna recibida, reacciones adversas a las vacunas recibidas, otra información no médica necesaria para establecer la identidad, los resultados de la prueba de tuberculosis, la dirección actual y el número de teléfono, sexo y lugar de nacimiento) se incluirá en CAIR a menos que yo decida no participar. Cualquiera de la información compartida con CAIR será tratada como información médica confidencial y será usada para compartir, bajo petición, solamente con proveedores de atención médica, escuelas, instalaciones de cuidado infantil, hogares con cuidado infantil, proveedores de servicios de WIC, departamentos de bienestar del Condado, agencias de familias de crianza, y planes de atención de la salud, sólo con el propósito de proporcionar servicios de inmunización, incluyendo la emisión de notificaciones de recordatorio, para facilitar el pago de las vacunas, para comprobar el estado de inmunización, y para fines estadísticos. Usted tiene el derecho de examinar cualquier información relacionada con la inmunización compartida de esta manera y corregir cualquier error en la misma. Si usted se niega a permitir que esta información sea compartida con CAIR, la Clínica Sansum mantendrá el acceso a esta información para los efectos de la atención al paciente o la protección de la salud pública. El departamento de salud local y el Departamento de Salud Pública del Estado mantendrán el acceso a esta información con el fin de proteger la salud pública.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Reconozco que mi atención médica es una asociación entre Sansum Clinic y yo; por tanto, me comprometo a participar activamente y a aceptar tanto mi papel y responsabilidad respecto de mi atención médica como los derechos de los que dispongo. Está expuesta en las instalaciones una lista de derechos y responsabilidades del paciente tanto en inglés como en español. Si la solicito, tengo a mi disposición una copia de esta lista.

_____ (Inicial)

DIRECTIVAS ANTICIPADAS: Los adultos mayores de 18 años tienen derecho, bien a (a) dar instrucciones sobre su atención médica futura, bien (b) a nombrar representantes del paciente para que tomen decisiones médicas por ellos si pierden la capacidad individual para tomar decisiones. Entiendo que, si la solicito, tengo a mi disposición información sobre directivas anticipadas.

_____ (Inicial)

CERTIFICACIÓN: He leído y entiendo ahora completamente el contenido y las referencias incluidos en este formulario de consentimiento en su totalidad, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción personal.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____
(Firme)

Representante del paciente: _____ Fecha: _____
(Escriba con letra de imprenta) / (Firme)

Iniciales del representante de la Clínica: _____ Fecha: _____