



Patient Name: _____

MRN: _____

(Do not affix label, print clearly)

Record Base #: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por medio de la presente, doy mi consentimiento de manera voluntaria para las atenciones, los tratamientos, exámenes y todos los demás servicios que sean proporcionados por los proveedores de salud en Sansum Clinic. Del mismo modo, entiendo que tengo el derecho de negar mi consentimiento a las atenciones, tratamientos, exámenes, cirugías o procedimientos que me sean propuestos. Además, tengo el derecho de hacer preguntas y argumentar mis preocupaciones con mi proveedor de salud.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Entiendo que los diagnósticos y tratamientos pueden provocar lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no me han dado ninguna garantía respecto al resultado de mis atenciones, exámenes ni tratamientos en Sansum Clinic.

Si bien entiendo que tengo que firmar este consentimiento anualmente o conforme sea necesario, también puedo revocarlo en cualquier momento mediante un escrito dirigido a la Oficina de Divulgación de Información del Departamento de Servicios de Información de la Salud (HIS, por sus siglas en inglés) de Sansum Clinic, ubicada en 317 West Pueblo Street, Santa Barbara, California 93105, Atención: enviar por correspondencia. _____ (*Sus iniciales*)

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Entiendo que Sansum Clinic conservará la documentación sobre la atención médica que reciba tanto en formato electrónico como en papel. Por lo general, este historial médico incluirá información personal identificable acerca de mis síntomas y condición de salud, resultados de exámenes físicos y pruebas de diagnóstico, un plan respecto a las atenciones y tratamientos futuros, así como identificadores demográficos y fotográficos. Dicha información sobre mí se conoce como información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés), y como tal, será utilizada, compartida y divulgada solamente para fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. De lo contrario, no será inspeccionada ni divulgada sin mi específica autorización, salvo en ciertas circunstancias descritas en el **Aviso de las Prácticas de Privacidad**. _____ (*Sus iniciales*)

Al mismo tiempo, estoy consciente de que los datos y la información respecto a los tratamientos médicos y servicios de atención esenciales que se me hayan proporcionado pueden ser divulgados, cuando sea necesario, a los proveedores de atención médica en situaciones emergentes y/o a planes de seguros de salud, públicos o privados, con el fin de recibir un pago, tal como se indica en la Política Financiera de Sansum Clinic. Sin embargo,

puedo solicitar que mi PHI relacionada con la parte de mi atención médica en Sansum Clinic, pagada por mi propia cuenta, no sea divulgada a mi plan de salud ni compañía de seguros. Entiendo que esta solicitud debe ser por escrito.

Dentro de las instalaciones, se publica abiertamente una copia del **Aviso de las Prácticas de Privacidad**, tanto en inglés como en español, y en recepción está disponible una copia del mismo. _____ (*Sus iniciales*)

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Reconozco que mi atención médica es una sociedad entre Sansum Clinic y yo; por ello, estoy de acuerdo en participar de manera activa y aceptar tanto mi papel como mi responsabilidad en referencia a mi atención médica y los derechos disponibles para mí. Dentro de las instalaciones, se publica una lista de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, tanto en inglés como en español. Una copia de esta lista está disponible sobre pedido. _____ (*Sus iniciales*)

VOLUNTADES ANTICIPADAS: Los adultos de 18 años y mayores tienen el derecho de (a) proporcionar instrucciones acerca de su atención médica futura o (b) designar representantes del paciente para que tomen decisiones médicas en su nombre, en caso de que pierdan la capacidad individual para tomar decisiones. Entiendo que la información detallada acerca de las voluntades anticipadas está disponible bajo mi solicitud. _____ (*Sus iniciales*)

ATESTACIÓN: He leído y entiendo plenamente el contenido de este formulario de consentimiento en su totalidad; asimismo, todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
(*firma*)

Representante del Paciente: _____ Fecha: _____
(*nombre y firma*)

Iniciales del Representante de la Clínica: _____ Fecha: _____