

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCION PREVENTIVA

Lea cuidadosamente y complete el siguiente formulario de consentimiento para que su niño/a pueda recibir tratamiento en la clinica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido Primer Nombre Medio Nombre MM/DD/YY

Direccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Nombre del Padre/Tutor _____
Apellido Primer Nombre Medio Nombre

Telefono de la casa _____ Celular _____

Telefono del trabajo _____ Email _____

Autorizo a que a certificado medico brinde el tratamiento necesario y/o recomendado a mi hijo/a. Autorizo para que se realicen procedimientos y se brinde tratamiento al evaluar y tratar la condicion medica de mi hijo/a dentro de las capacidades de la clinica y su personal. Accedo a informar sobre todas las alergias conocidas, enfermedades cronicas, medicamentos o drogas anteriores que hayan producido reacciones adversas y todos los medicamentos usados actualmente.

Firma: _____ Fecha _____

Alergias: _____ Medicamentos Actuales: _____

Antecedentes Medicos: _____ Escuela: _____

Sexo: Male o Female Nombre de farmacia y direccion: _____

Todos los servicios de la clinica son proporcionados sin al el estudiante, con la exception de los deportes fisicos. Sin embargo, podemos server mayor a sus necesidades globales si podemos si hijo tiene seguro de salud.

Medicaid CHIP Seguro Medico Nada

La siguiente informacion puede entregarse al personal escolar por el bien de mi hijo/a

Informacion clinicamente necesario Antecedentes y examines fisicas Vacunas Otra (especificar) _____

La informacion puede entragarse a:

Directora Consejera Escolar Enfermera Escolar Medico Principal Otra (especificar) _____

Derechos a revocar la autorizacion

Pero hasta el punto que accion ya tomado segun esta autorizacion este consentimiento sera vigente caja revoco en tiempo sometendose una nota por escrito al Physician Assistant.

La informacion puede entregarse a otras personas

Entiendo que la persona que recibio informacion bajo esta autorizacion puede a su vez entregar esa informacion a otras personas y entonces la informacion ya no estara protegida por la Ley de Transportabilidad y Roesponsabilidad de los seguros medicos de 1996. La clinica, sus empleados, funcionarios y medicos quedan liberados de toda responsabilidad legal por entregar la informacion mencionada en la medida indicada y autorizada en la presente

Firma del paciente o representante personal que puede solictor que se entregue informacion

Entiendo que no tengo que firmar esta autorizacion, y que si no firmo no se me negara tratamiento ni el pago de servicios, a menos que esto se indique en la seccion *Otra* arriba. Puedo examiner o copier la informacion medica protegida que se va a usar o entregar. Autorizo Gator HOPE Clinic a entregar la informacion medica protegida especificada en este document:

Firma: _____ Fecha: _____