

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

#### Consentimiento informado – Consentimiento general para tratar

#### INSTRUCCIONES

Mediante este consentimiento, usted autoriza a nuestros proveedores (médicos, enfermeras profesionales y asistentes médicos), así como a nuestro personal, a realizar los exámenes médicos que se consideren razonables y necesarios. Al firmar a continuación, indica que acepta un tratamiento que puede incluir, entre otros:

- Examen
- Recopilación de información médica
- Fotografías de las áreas de tratamiento con fines de documentación clínica
- Comunicación con proveedores, farmacias, laboratorios, etc. involucrados en la atención
- Incorporación de la Importación de farmacia, laboratorio u otros datos clínicos en la historia clínica.
- Comunicación electrónica utilizando el portal del paciente, el quiosco y las aplicaciones asociadas utilizadas junto con el registro de salud electrónico (EHR)

#### EXÁMENES DE LABORATORIO/PATOLOGÍA

Es importante tener en cuenta que cualquier biopsia o muestra de tejido recolectada para análisis de diagnóstico debe, por ley, ser analizada por un laboratorio, incluso si desea rechazar el tratamiento en función de los resultados de la patología (consulte el Título XXXII, Capítulo 483 del Estatuto de Florida).

- Yo o mi representante legal entiendo/entendemos que mi compañía de seguros designa el laboratorio y el patólogo donde se envía mi biopsia con fines de diagnóstico.
- Si no tengo seguro o tengo un deducible alto, entiendo que yo o mi representante legal podemos ser responsables del pago de estos gastos médicos de laboratorio.
- Si yo o mi representante legal tenemos más preguntas sobre estos cargos, entiendo que debo comunicarme con mi compañía de seguros con respecto a mi cobertura.
  - NOTA: Debido a las amplias variaciones en los deducibles y la cobertura de las pólizas de seguro de salud, las muestras pueden estar sujetas a pruebas de laboratorio adicionales y / o tarifas de consulta si se considera necesario para llegar a diagnóstico.

#### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

- Yo o mi representante legal hemos leído y entendemos la información que se me proporcionó
- Yo o mi representante legal tuvimos la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
- Yo o mi representante legal, tengo/tiene derecho a otorgar o rechazar procedimientos en cualquier momento durante el tratamiento o la visita.
- Yo o mi representante legal entendemos los riesgos de rechazar los procedimientos, incluida la limitación de mi proveedor para diagnosticar o tratar adecuadamente mis afecciones y los riesgos asociados con no seguir el plan de atención ordenado por el proveedor.

- Yo o mi representante legal aceptamos comunicarnos con el proveedor a través del quiosco, el portal del paciente u otras aplicaciones asociadas con mi EHR.
- Yo o mi representante legal entiendo/entendemos que tengo acceso inmediato a mi información médica utilizando estas aplicaciones y que tengo derecho a revisar, descargar y/o transmitir mi información médica de estas aplicaciones a cualquier persona que yo o mi representante legal consideremos adecuada.
- Yo o mi representante legal acepto/aceptamos toda la responsabilidad de mi atención médica en caso de no presentarme, cancelar o no asistir a las referencias recomendadas a otros médicos o proveedores de atención médica.

Usted tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su proveedor, incluido el propósito de la recomendación, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted, así como a resolver cualquier duda que tenga con respecto a dichas recomendaciones. Si se recomiendan pruebas invasivas adicionales, procedimientos intervencionistas o procedimientos quirúrgicos, se requerirá un consentimiento informado para esos exámenes o procedimientos.

Este consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado en escrito. Usted tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Yo, que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores, doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de los proveedores y el personal.

Asumo libremente la responsabilidad de los gastos médicos no cubiertos por mi compañía de seguros y asumo libremente la responsabilidad de los riesgos y consecuencias que resulten de no seguir el plan de atención indicado por el proveedor.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_