



## Sunrise Family Clinic

### Consentimiento de Tratamiento

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (**requerido**): \_\_\_\_\_

El paciente, está consciente de los siguientes datos relacionados con su tratamiento en Sunrise Family Clinic (SFC).

A. He recibido una copia de los derechos y responsabilidades de paciente. Reconozco que tengo la responsabilidad de:

- Trabajar activamente con mi proveedora para resolver problemas y desarrollar metas.
- Hablar de mi plan de tratamiento, hacer preguntas cuando no entienda y hacer cambios cuando sea necesario.
- Tomar medicamentos prescritos por mi proveedor, o dejarle saber cuándo no se sea capaz de tomar un medicamento.
- Notificar a mi proveedora sobre cambios con mis medicamentos o si me han prescrito medicamentos adicionales.
- Buscar ayuda adicional para cualquier problema de salud mental, alcohol o drogas.
- Tratar al personal de la clínica y otros pacientes con respeto.

B. Entiendo y acepto que SFC puede utilizar y compartir mi información de salud en la forma escrita en las prácticas de privacidad SFC. Al firmar este formulario, reconozco que he recibido la oportunidad de leer y revisar la notificación de prácticas y privacidad de SFC y han respondido a mis preguntas.

C. Yo autorizo a SFC que comparta con pagadores incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, los centros de Servicio de Medicare y Medicaid, o cualquiera de los responsables de todo o parte de los cargos de SFC ("pagadores de terceros"), todo o parte de mi expediente médico, que sean necesarios para procesar los pagos por servicios proporcionados. Autorizo a estos contribuyentes a pagar directamente a SFC. También autorizo a SFC que utilice mi información médica y comparta todo o parte de mi información médica a otros proveedores de salud consultados por mi proveedor o SFC, como pueda ser necesario. Entiendo que SFC tomará la acción de compartir información médica y publicará esta información según sea necesario para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de la clínica.

D. Marque Si usted no desea que el personal de SFC deje mensajes detallados (como resultados de laboratorio):

**No, no deje mensajes**

¿Puede el personal de SFC compartir información sobre su cuidado con alguien más aparte de usted?  **Sí**  **No**

Apunte los nombres de las personas: \_\_\_\_\_

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar este consentimiento. Si me niego a firmar este consentimiento o si revoco esta autorización en el futuro entiendo que SFC no proporcionara ningún tratamiento o establecerá otro tipo de tratamiento en mi nombre, excepto bajo ciertas situaciones de emergencia o si es requerido por ley. Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto hasta que yo avise que se suspenda o se revoque.

Yo doy mi consentimiento voluntario para obtener tratamiento, incluyendo procedimientos de diagnóstico, tratamiento quirúrgico y médicos como he discutido con mi proveedora. También entiendo que se cobrará por los servicios rendidos. Estoy consciente que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no es ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en la clínica. Entiendo que mi registro médico será mantenido al corriente y autorizo el acceso a las personas que participen en mi atención médica. Si dejo de asistir a SFC contra el consejo médico o tratamiento antes de ser completado, queda aliviado mi proveedor y SFC de toda responsabilidad por mi acción. Doy mi consentimiento voluntario para que SFC tenga acceso a mis registros de farmacia y vacunación electrónicamente, para cuidar mejor de mí y prevenir las interacciones de medicamentos. También doy mi consentimiento para llamadas y textos del sistema automatizado de SFC. Por favor notifiquenos por escrito si usted no desea que nuestro sistema automatizado le llame o mande textos para recordarle de sus citas. Póngase en contacto con nosotros si tiene cualquier duda.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha