

**TREATMENT CONSENT FORM****GENERAL CONSENT TO CARE AND TREATMENT**

- I. **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por el presente, autorizo y doy mi consentimiento voluntario a Sibley Heart Center Cardiology (“Sibley”) y a sus profesionales de atención médica para que le brinden al paciente un tratamiento médico continuo. Comprendo que dicho tratamiento podría incluir, entre otros, cuidados médicos y de enfermería de rutina y pruebas de diagnóstico de rutina, incluidos los exámenes de laboratorio adicionales en una fecha futura. Asimismo, comprendo que determinados tratamientos y procedimientos requieren la firma de un Formulario de consentimiento informado separado, y que recibiré dicho Formulario si se recomienda un tratamiento o procedimiento de esta índole para el paciente.
- II. **PERTENENCIAS:** Comprendo y acepto que Sibley no es responsable de la pérdida, robo, extravío o daño de cualquier objeto de valor o pertenencia que lleve conmigo a la instalación, clínica o consultorio médico.
- III. **RECORDATORIOS DE CITA POR MENSAJE DE TEXTO:** Autorizo a Sibley para que me envíe mensajes de texto a mi dispositivo móvil con el fin de recordarme mis próximas citas en Sibley, en cumplimiento con las políticas de privacidad y los requisitos correspondientes en vigencia periódicamente. Esta forma de contacto no se considerará no solicitada. Se me puede contactar a mi número de teléfono celular que se encuentra actualmente registrado en Sibley. Podría optar por no participar de las comunicaciones por mensaje de texto de Sibley en cualquier momento, para lo cual deberé seguir las indicaciones para no participar que se me enviaron por mensaje de texto. Entiendo que es posible que se apliquen las tarifas de datos y mensajes de texto de mi compañía telefónica.
- \_\_\_\_Al firmar con mis iniciales aquí, no autorizo a Sibley para que me envíe mensajes de texto a mi dispositivo móvil con el fin de recordarme mis próximas citas.
- IV. **APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN:** Entiendo que periódicamente un miembro del personal médico u otras personas externas a Sibley podrían observar la atención médica que brindan los médicos del paciente.
- \_\_\_\_Al firmar con mis iniciales aquí, no permito que ninguna persona observe la atención médica del paciente excepto miembros del personal médico u otras personas de Sibley según corresponda y sea necesario para el tratamiento y la atención del paciente. Comprendo que mi negativa no aplica a los estudiantes médicos u otros estudiantes de atención médica designados en la instalación a través de un programa educativo.
- V. **IMÁGENES DIGITALES:** Comprendo que se pueden grabar imágenes digitales y otras imágenes para documentar la atención del paciente, y brindo mi consentimiento para dichas grabaciones. Entiendo que Sibley conservará los derechos de propiedad sobre estas imágenes digitales y otras imágenes, pero tendré permiso para verlas u obtener copias. Entiendo que estas imágenes se almacenarán de manera segura y se conservarán por el período de tiempo exigido por ley e indicado en la política de Sibley. Las imágenes que identifican al paciente se publicarán o se utilizarán fuera de la institución con fines de enseñanza o publicación únicamente con mi autorización por escrito o la de mi representante legal. Además, comprendo que es posible que la instalación sea monitoreada y grabada por un circuito cerrado de televisión con fines clínicos o generales.
- VI. **INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD.** Comprendo que Sibley está asociada con Children’s Healthcare of Atlanta (Children’s), y que Children’s puede participar en uno o más intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE). Acepto que Children’s comparta electrónicamente la información de salud del paciente, lo que incluye, entre otra, información relacionada con enfermedades infecciosas o contagiosas (incluso VIH o SIDA), tratamientos o abuso de drogas o alcohol, exámenes genéticos o enfermedades psicológicas o psiquiátricas a los fines del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, con otros participantes en los HIE. Acepto que, si no quiero que la información del paciente se comparta en ningún HIE en el cual participe Children’s, debo optar por no participar y completar un formulario que puedo obtener en la Oficina de Privacidad de Children’s o por Internet en <http://www.choa.org/hie>.

## TREATMENT CONSENT FORM

### GENERAL CONSENT TO CARE AND TREATMENT

#### PROCEDIMIENTOS DE RUTINA

- I. Reconozco y comprendo que, durante el transcurso de la atención y del tratamiento mío/de mi hijo, es probable que se utilicen diferentes tipos de procedimientos de diagnóstico y tratamiento de rutina ("Procedimientos"), que se consideran técnicas necesarias para la atención y el tratamiento ordinario de mis enfermedades/las de mi hijo.
- II. A pesar de que estos tipos de procedimientos se realizan rutinariamente en los consultorios médicos sin que se produzca ningún incidente, existen determinados riesgos asociados con cada uno de ellos.
- III. El médico o sus auxiliares o asistentes son responsables de brindarme la información sobre los procedimientos y de responder todas mis preguntas. No es posible enumerar cada uno de los riesgos relacionados con cada procedimiento utilizado en la atención médica moderna. Si tengo más preguntas o inquietudes con respecto a estos procedimientos, acuerdo preguntar a mi médico/al médico de mi hijo para que me brinde información adicional.
- IV. Presto mi consentimiento y autorizo a las personas que participan y que son responsables de mi atención/de la atención de mi hijo a utilizar los procedimientos que consideren razonablemente necesarios o recomendables en el ejercicio de su criterio profesional, incluidos aquellos procedimientos que puedan ser imprevistos o que no se consideraban necesarios en el momento en que se obtuvo este Consentimiento. El presente Consentimiento también abarcará el tratamiento de todas las enfermedades que puedan surgir durante el transcurso de dichos procedimientos, incluso aquellas enfermedades que se desconozcan o no se preveían en el momento en que se obtuvo este Consentimiento.
- V. Comprendo que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que no me dieron garantías ni me hicieron promesas con respecto al resultado o al desenlace de ningún procedimiento. Entiendo que el médico, el personal médico y otros asistentes que participan en la atención del paciente se basarán en la historia clínica documentada del paciente, y en otra información que obtengan de mi parte, del paciente, de la familia o de otras personas que tengan conocimiento de la situación del paciente para determinar el curso del tratamiento para mi enfermedad/la enfermedad del paciente.

#### CONSENTIMIENTO FINANCIERO

- I. RESPONSABILIDAD DE PAGO. Reconozco que soy responsable de pagar por toda la atención médica que reciba el paciente en Sibley y que, si mi proveedor de seguro o plan de beneficios de salud no cubre el costo total de dicha atención, debo pagar el saldo remanente.
- I. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS. Como contraprestación de los servicios brindados al paciente en Sibley, por la presente, cedo y transfiero a Sibley y a otros proveedores de atención médica correspondientes todos los beneficios de atención médica pagaderos y derechos relacionados, incluso mi derecho a apelar cualquier denegación de beneficios o limitación de cobertura que exista en virtud de las políticas de seguro o planes de beneficios que haya identificado o que identificaré en relación con la atención médica del paciente. Autorizo y ordeno a la compañía de seguro o plan de beneficios que pague todos estos beneficios a Sibley, y designo a Sibley para que actúe como mi representante autorizado para solicitar una apelación de mi compañía de seguro o plan de beneficios con respecto a cualquier negación de pago. Comprendo que esta asignación no me libera de las responsabilidades que pueda tener por el pago de los cargos que no pague mi compañía de seguro o plan de beneficios, a menos que se indique lo contrario en los términos de un acuerdo entre Sibley y la compañía de seguro o plan de beneficios.
- II. Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). Si usted continúa teniendo el seguro de un empleador anterior, proporcionele dicha información a Sibley.

**TREATMENT CONSENT FORM**

**GENERAL CONSENT TO CARE AND TREATMENT**

Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

MRN# \_\_\_\_\_

Certifico que he leído el presente Formulario de consentimiento para el tratamiento, que han respondido todas las preguntas que tenía sobre su contenido y que entiendo completamente su contenido. Este Formulario de Consentimiento de Tratamiento será válido para todos los servicios proporcionados por Sibley en el año calendario en que se firmó. Si deseo revisar mi consentimiento, puedo hacerlo al completar un nuevo Formulario de consentimiento para el tratamiento. Si deseo retirar mi consentimiento, debo hacerlo por escrito.

Me han proporcionado una copia de la Notificación de Privacidad de Sibley.

\_\_\_\_\_  
Nombre (nombre completo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Testigo (nombre completo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo telefónico (nombre completo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Testigo telefónico (nombre completo en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete  
(o n.º de identificación del intérprete telefónico)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
N.º de identificación

*Sibley cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color o nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.*