



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO (CONSENTIMIENTO INFORMADO)**

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Clínico: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Para el paciente:** Por favor, lea este documento en su totalidad y discútalos con su proveedor antes de completarlo. El **consentimiento informado** es un proceso importante de comunicación entre usted, el paciente y el proveedor de atención médica. Como paciente de OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC, usted tiene derecho a ser informado sobre sus condiciones y diagnóstico (s), y sobre el plan de tratamiento recomendado para usted, así como los beneficios y riesgos potenciales de estos tratamientos, procedimientos y / u opciones de tratamientos alternativos, incluyendo la opción de no recibir ningún tratamiento. Tiene derecho a que todos los comentarios, preguntas o inquietudes sean atendidos y explicados en su totalidad. Es nuestra obligación proporcionarle la información necesaria para que pueda tomar una decisión informada sobre si decide o no recibir tratamiento médico en nuestro centro.

**ESTA SECCIÓN DEBE SER IMPRESA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD**

**Queja(s) que presenta el paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hallazgos pertinentes del examen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnóstico de trabajo:** \_\_\_\_\_

**Plan de gestión:**

- \* RX
- \* Régimen de tratamiento (especifique): \_\_\_\_\_ (ES DECIR, PT, QUIRO, QUIMIO)
- \* Remisión/consulta (especifique): \_\_\_\_\_
- \* Educación del paciente/Recomendaciones de modificación del estilo de vida. Recomendaciones / Sugerencias
- \* Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**Pronóstico:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE**

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC. Autorizo al equipo médico, incluyendo al personal de enfermería, así como a cualquier estudiante o residente (aunque no tenga licencia para ejercer, pero haya completado un curso de estudio en la disciplina correspondiente) a proporcionar atención médica, incluyendo servicios de tele-salud, y a administrar procedimientos y tratamientos diagnósticos, radiológicos y/o terapéuticos según el equipo médico determine que es necesario o aconsejable en mi cuidado o para el cuidado de un paciente obstétrico o pediátrico. Si estoy cantando este documento en nombre de otra persona, reconozco que estoy consignando en nombre de dicho paciente e indicaré la relación (padre, pariente, agente de atención médica, tutor, sustituto) donde se indica a continuación. Autorizo la divulgación de cierta información, incluyendo pero sin limitarse a los registros de vacunación, a un registro estatal y/o federal. Si en algún momento un miembro del equipo de atención médica que participa en su atención se expone a fluidos corporales peligrosos que podrían resultar en la transmisión de una enfermedad de transmisión sanguínea, como el herpes, la hepatitis, el VIH o la sífilis, así como otras posibles enfermedades de transmisión sanguínea, se obtendrá una muestra de sangre de usted, el paciente, y se analizará para detectar dichas enfermedades en un esfuerzo por descartar cualquier exposición al miembro de atención médica. Reconozco que este formulario autoriza la divulgación de mis resultados de VIH, hepatitis y otras posibles enfermedades transmisibles por la sangre al trabajador de la salud que estuvo expuesto y a su proveedor de atención médica con el fin de proporcionar atención posterior a la exposición. Entiendo que estas personas tienen prohibido por ley volver a divulgar los resultados de mis pruebas de manera que puedan revelar mi identidad.

Reconozco que este formulario autoriza a mi equipo de atención médica a discutir información relacionada con mi apoyo y atención posterior al alta con una persona nombrada como mi cuidador. Entiendo que si he proporcionado nombres de contactos de emergencia que OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC considera a estas personas como mi(s) "representante(s) designado(s)". Este centro puede compartir mi información de salud protegida con mi representante designado en la medida en que lo permita la ley y en la medida en que yo haya indicado lo contrario.

- Entiendo que OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC no es responsable de ningún error que pueda ocurrir en el laboratorio. Entiendo que el laboratorio es el único responsable de procesar la muestra recolectada una vez recibida por OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC. En el caso de un error de laboratorio, OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC recolectará la muestra a una tarifa con descuento, a petición escrita del paciente. Cualquier error cometido por OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC será corregido sin cargo adicional; siempre y cuando toda la documentación haya sido presentada adecuadamente antes de la cita.
- Los laboratorios pueden facturar directamente a su compañía de seguros las pruebas de las muestras recogidas. Cualquier pregunta o problema de facturación de las pruebas recogidas para este servicio debe dirigirse a su compañía de seguros o al departamento de facturación del laboratorio.
- Por favor, tenga en cuenta que OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC no es responsable de los saldos pendientes con el laboratorio designado para la realización de las pruebas y deberán ser liquidados antes de los servicios de pruebas. Los laboratorios tienen el derecho de rechazar muestras de pacientes con saldos

pendientes. Si su prueba se rechaza debido a los saldos pendientes de pago al laboratorio, OneCare Health-Advanced Practice Health & Wellness, LLC no reembolsará ningún servicio realizado.

- De acuerdo con la ley del Estado de Nueva York, el laboratorio informará al Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Nueva York de todos los resultados de las siguientes pruebas: COVID-19, y cualquier otra prueba requerida por la ley. También se puede enviar una copia de todos los resultados a su médico de cabecera.

Registros médicos electrónicos: Autorizo a OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC a recuperar mis registros de salud y cualquier medicamento que esté comunicando actualmente a través del software EMR/EHR y los sistemas de prescripción electrónica y permitir que se importen a mi registro médico electrónico aquí en OneCare Health. Permiso que OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC me proporcione tratamiento médico. Permiso que OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC presente cualquier reclamo de seguro / beneficios para cobrar la compensación por la atención que se me brindó el día de mi visita. Yo entiendo que:

- OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC tendrá que comunicar los detalles de mi visita de hoy a mi compañía de seguros y al proveedor de soluciones de facturación de OneCare Health- Advanced Practice Health & Wellness, LLC.
- Debo pagar cualquier tratamiento recibido hoy que no esté cubierto por mi compañía de seguros.
- No tengo cobertura de seguro y estoy de acuerdo en pagar el saldo total de la visita de hoy. Yo entiendo:
- Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
- Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico. Reconozco que todos los diagnósticos, tratamientos e intervenciones terapéuticas que se me recomendaron se explicaron claramente, incluyendo la finalidad de cada uno de ellos. Los "riesgos y beneficios", así como las "alternativas a los tratamientos", también se han explicado claramente según mi leal saber y entender. Se me ha dado la oportunidad de discutir estas opciones de tratamiento y de que el proveedor/equipo de atención médica responda a todas mis preguntas y preocupaciones, si las hay.

**En este momento:**

( ) No tengo ninguna pregunta con respecto al plan de tratamiento recomendado. Toda la información me ha sido comunicada de manera clara y concisa y cumple con mi satisfacción.

( ) Tengo las siguientes preguntas o preocupaciones y/o me gustaría recibir la siguiente información adicional sobre mi tratamiento recomendado (por favor, indicar):

---

---

---

Entiendo que la práctica de la medicina, el cuidado quiropráctico y cualquier otro servicio / profesión de la salud no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado de mi tratamiento. He tomado mi decisión con respecto al tratamiento que deseo recibir de forma libre y voluntaria y renuncio a mi derecho de buscar una acción legal / consejo, presentar reclamaciones por cualquiera de lo que he firmado arriba. Al firmar abajo, doy mi permiso y consentimiento a OneCare HealthAdvanced Practice Health and Wellness, LLC y a todos sus afiliados y contratistas para recibir el tratamiento.

Tengo al menos 18 años de edad o mis padres, mi tutor o un agente firma en mi nombre. Estoy consciente, lúcido y orientado. Tengo dominio y fluidez del idioma español y, si no es así, se me proporcionó/ofrece asistencia por parte de un intérprete/traductor

\_\_\_\_\_ (Escribir nombre)

\_\_\_\_\_  
**Firma**  
**Paciente/Familiar/Representante/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo**  
**Relación, si es distinta a la del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**