

## Consentimiento para tratamiento médico

### **POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE**

Al presentarme para diagnóstico y tratamiento, yo \_\_\_\_\_, mayor de dieciocho (18) años de edad o menor emancipado:

por mí mismo,            o de mi (seleccione uno)  madre,             padre.

(Escriba el nombre del paciente) \_\_\_\_\_, de quien soy representante legalmente autorizado, por medio de la presente, doy mi consentimiento voluntario para que se brinde la atención que comprende: procedimientos de rutina para diagnósticos, exámenes y tratamientos médicos que incluyen, entre otros, pruebas rutinarias de laboratorio (de sangre, orina y otros), radiografías, trazados cardíacos (del corazón) y administración de medicamentos recetados por el médico.

Además, autorizo a que se realicen estos procedimientos diagnósticos, exámenes y administración de tratamientos médicos por parte del personal médico y sus asistentes, incluyendo enfermeros de práctica clínica avanzada, asistentes de los médicos, enfermeros titulados, asistentes médicos o sus designados, según sea necesario, de acuerdo con el criterio del personal médico.

Por la presente, reconozco que no he recibido garantías en cuanto al efecto de tales exámenes o tratamientos sobre mi condición, o la afección de mi madre, padre, o cualquier persona para la cual estoy realizando este consentimiento para tratamiento médico.

Entiendo que al firmar este consentimiento para tratamiento médico, estoy autorizando la divulgación de información médica a otros médicos, instituciones o agencias que acepten al paciente para atención médica o institucional, y autorizo la divulgación de información médica a otras entidades para tratamientos y procedimientos para diagnóstico, así como también doy permiso para divulgar datos (médicos o personales) a agencias gubernamentales; tal y como lo establecen los proveedores médicos de Inova, Simplicity Health, las leyes, normas, regulaciones y el contrato.

Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y se mantendrá en efecto mientras yo continúe recibiendo atención médica en Simplicity Health.

Se me ha explicado este formulario, entiendo por completo este consentimiento para tratamiento médico y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma del paciente (*Signature of Patient*): \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_  
**(Requerido/Required)**

Firma del testigo que explicó el contenido de este formulario de “Consentimiento para tratamiento médico”:

Firma del testigo (*Signature of Witness*): \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_  
**(Requerido/Required)**

Firma del representante legalmente autorizado  
(*Signature of Legally Authorized Representative*): \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_  
**(De ser necesario/If Required)**

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legalmente autorizado con los pacientes  
(*Relationship of Legally Authorized Representative to Patients*):

(Marque solo una respuesta)

Padre o madre,             tutor legal,             poder notario,  otro representante legalmente autorizado.

## Formulario de registro

Para que podamos atenderlo de inmediato, necesitamos la siguiente información: Llene cada espacio o coloque N/A (no corresponde).

**POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE**

Usted es beneficiario de (por favor marque una opción):       Medicare,       Medicaid.

**NOTA: Simplicity Health no acepta pacientes beneficiarios de Medicare o Medicaid.**

➤ **Se exige un pago de \$40 por cada 4 semanas de acceso a los servicios de la clínica**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Otro nombre (*Other Name*) \_\_\_\_\_  
*(Patient's Other Name)*: \_\_\_\_\_ (ejemplo: apellido de soltera, etc.) \_\_\_\_\_  
APELLIDO    PRIMERO    SEGUNDO

Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    N° de seguro social (*Social Security #*): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

N° de teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_    N° de teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle                      N° de apt.                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Sexo:     mujer (*Female*),                       hombre (*Male*).

Estado civil:  casado (*Married*),     soltero (*Single*),                       pareja de hecho (*Domestic Partner*),  
divorciado (*Divorced*), separado (*Separated*),     otro (*Other*): \_\_\_\_\_.

Idioma principal (*Primary Language*): \_\_\_\_\_

Raza (*Race*): \_\_\_\_\_  No indico raza (*Decline Race*)    Etnia (*Ethnicity*): \_\_\_\_\_ No indico etnia

Empleo:  tiempo completo,  medio tiempo,  jubilado,                       discapacitado,  ama de casa  
(*Full-time*)                      (*Part-time*)                      (*Retired*)                      (*Disabled*)                      (*Homemaker*).

Contacto para casos de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
(*Emergency Contact*)    (*Relationship to Patient*)

N° de teléfono del contacto de emergencia (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_    N° de celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(*Emergency Contact Tel. #*)    (*Cell #*)

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
(*Guarantor's Name*)    (*Relationship to Patient*)

Dirección postal del garante: \_\_\_\_\_  
(*Guarantor's Mailing Address*)                      Calle                      N° de apt.                      Ciudad                      Estado                      Código postal

N° de teléfono del garante (*Guarantor's Phone #*): (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Por favor, lea cuidadosamente y firme.

X \_\_\_\_\_  
(*Firma del paciente/Patient Signature*)

\_\_\_\_\_  
*Fecha/Date*

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Al completar este formulario, autorizo a Simplicity Health a analizar mi información de salud protegida con uno o más representantes identificados o a divulgarla a estas personas. Al completar esta autorización, puedo añadir o eliminar hasta tres individuos en cualquier momento. Al firmar este formulario, doy permiso a Simplicity Health para tratar/divulgar mi información de salud protegida con la(s) parte(s) nombrada(s) a continuación.

### 1. Información del paciente

Nombre (*Name*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° de teléfono (*Telephone #*)(Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Calle (*Street*): \_\_\_\_\_

Ciudad (*City*): \_\_\_\_\_ Estado (*State*): \_\_\_\_\_ Código postal (*Zip*): \_\_\_\_\_

### 2. Representante(s) del paciente:

Identifique hasta dos individuos para que sean sus representantes como paciente. Por favor, asegúrese de que el(los) individuo(s) designado(s) a continuación proporcionen la siguiente información sobre usted antes de que Simplicity Health trate/divulgue información médica protegida en su nombre:

Nombre del paciente (*Patient Name*).

Fecha de nacimiento del paciente (*Patient Date of Birth*).

Dirección del paciente (*Patient Address*).

Además, también se les pedirá que digan su nombre y fecha de nacimiento solo para propósitos de identificación (*In addition they will also be asked to provide their name and date of birth for identification purposes only.*)

Por favor, marque una de las siguientes casillas:  añadir (*Add*),  eliminar (*Delete*).

Nombre (*Name*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): \_\_\_\_\_

Dirección (*Address*): \_\_\_\_\_

Ciudad (*City*): \_\_\_\_\_ Estado (*State*): \_\_\_\_\_ Código postal (*Zip*): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (*Relationship to Patient*): \_\_\_\_\_

N° de teléfono del representante del paciente (*Patient Representative Telephone #*): \_\_\_\_\_

Información a ser revelada:

Toda la información médica/*All medical information.*

Otra (por favor sea específico)/*Other (please be specific):* \_\_\_\_\_

### 3. Autorización

Autorizo a Simplicity Health a tratar la información de mi atención médica con el(los) individuo(s) identificado(s) anteriormente. Entiendo que no hay fecha de vencimiento y que puedo añadir o eliminar hasta tres individuos en cualquier momento al completar una nueva autorización. Entiendo que tengo derecho a anular esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si anulo esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la anulación a Simplicity Health. Entiendo que la anulación no se aplicará a la información que ya haya sido proporcionada en respuesta a esta autorización.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es un acto voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento.

Firma del paciente (*Patient Signature*): \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_

Firma del testigo (*Witness Signature*): \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_

#### (VÁLIDO SOLO CON LA PRESENCIA DE TESTIGOS)

Entiendo que si mi expediente médico contiene información relacionada con el abuso de drogas o alcohol, enfermedades psiquiátricas o venéreas, servicios sociales, exámenes/tratamiento de hepatitis B o información confidencial, esta será revelada al firmar:

Firma del paciente (*Patient Signature*): \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_

## Antecedentes médicos

Por favor, responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Mientras más información pueda darnos antes de su consulta, mayor será el tiempo que tendremos para discutir sus preocupaciones.

Nombre (*Name*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (*Date of Birth*): \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICOS

Por favor, seleccione la columna apropiada si alguna vez tuvo diagnóstico de las siguientes enfermedades

<u>SÍ (YES)</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
<input type="checkbox"/>		presión arterial elevada ( <i>High Blood Pressure</i> ),		problemas en el hígado ( <i>Liver Problems</i> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diabetes,	<input type="checkbox"/>	anemia,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	colesterol elevado ( <i>High Cholesterol</i> )		<input type="checkbox"/> ansiedad o depresión ( <i>Anxiety or Depression</i> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cáncer	<input type="checkbox"/>	gota ( <i>Gout</i> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas de la tiroides ( <i>Thyroid Problems</i> ),		<input type="checkbox"/> ataque cerebral ( <i>Stroke</i> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas del corazón ( <i>Heart Problems</i> ),		<input type="checkbox"/> migrañas ( <i>Headaches</i> ),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	problemas estomacales ( <i>Stomach Problems</i> ),		problemas de próstata ( <i>Prostate Problems</i> ),
		(acidez estomacal, úlceras)/( <i>Heartburn, Ulcers</i> )		problemas en los riñones/( <i>Kidney Problems</i> ),
		problemas intestinales ( <i>Intestinal Problems</i> ),		problemas de la piel ( <i>Skin Problems</i> ),
		(colitis, colon irritable, diarrea crónica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		osteoporosis/artritis ( <i>Arthritis/Osteoporosis</i> ),
		o estreñimiento, heces alquitranadas/negras		otros problemas ( <i>Other Problems</i> ) _____
		( <i>colitis, irritable bowels, chronic diarrhea</i>		
		<i>or constipation, black/tarry stools</i> )		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma/problemas pulmonares		
		( <i>Asthma/Lung Problems</i> ).		

¿Alguna vez ha estado hospitalizado? De ser así, indique:

¿Razón?

¿Cuándo?

¿Tipo de cirugía o afección médica?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### MEDICAMENTOS

Por favor, haga una lista de TODOS los medicamentos que toma actualmente, incluyendo vitaminas, hierbas, suplementos y medicinas que solo necesita ocasionalmente (Tylenol, pastillas para la alergia, etc.).

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### ALERGIAS

Enumere todas las alergias que tenga Y la reacción que ocasionan (sarpullido, problemas respiratorios, náuseas, etc.).

<u>Medicamentos</u>		<u>Alergias alimentarias</u>		<u>Alergias ambientales</u> <small>(polen, césped, perros/gatos, picaduras de abejas, etc.)</small>	
Elemento	Reacción	Elemento	Reacción	Elemento	Reacción

## ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Por favor, haga una lista de todos sus familiares consanguíneos inmediatos e indique todos los problemas médicos que ellos puedan tener, si usted conoce esta información

	Edad actual	Problema médico	Edad al momento del fallecimiento/razón
<b>Padre</b>			
<b>Madre</b>			
<b>Hermanos</b>			
<b>Hermanas</b>			
<b>Hijos</b>			

Si conoce los antecedentes médicos de sus abuelos, por favor, suminístrenos la información (específicamente cualquier enfermedad del corazón, diabetes, cáncer, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Sí (Yes) No

- ¿Fuma? (*Do you smoke?*)  
De ser así, indique: ¿cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a fumar? \_\_\_\_\_
- ¿Consume bebidas alcohólicas? (*Do you drink Alcohol?*)  
De ser así, ¿cuánto bebe cada semana? \_\_\_\_\_
- ¿Realiza ejercicios físicos? (*Do you exercise?*)  
De ser así, ¿qué tipo de ejercicio hace? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Está en riesgo de contraer VIH? (*Are you at risk for HIV?*)
- ¿Utiliza el cinturón de seguridad? (*Do you wear seatbelts?*)
- ¿Se siente amenazado por alguien que conozca? (*Are you feeling threatened by anyone you know?*)  
Si la respuesta es sí, ¿le gustaría discutir esto?  Sí (*Yes*)  No

Durante las 2 semanas anteriores, ¿con qué frecuencia ha tenido usted los siguientes problemas? (Marque un círculo alrededor del número que corresponda para cada afirmación)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
➤ Ha sentido poco interés o placer en sus actividades	0	1	2	3
➤ Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado.	0	1	2	3

REVISADO POR (*REVIEWED BY*): \_\_\_\_\_

FECHA (*DATE*): \_\_\_\_\_