

Nombre del Paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo tengo el derecho legal y la responsabilidad de obtener y conceder permiso para tratamiento de salud o cirugía para este paciente. Autorizo voluntariamente y doy mi consentimiento para que se brinde la atención medica, tratamiento y se realicen los análisis para diagnostico que Nightlight Pediatric Urgent Care consideren necesarios para mi hijo/hija. Yo entiendo que firmando esta forma, y trayendo mi hijo/hija a esta oficina estoy dando permiso para que los doctores u otros proveedores médicos le den tratamiento medico a mi hijo/hija siempre y cuando el/ella sea paciente de esta oficina.

DELEGACION DE CONSENTIMIENTO

(Esta sección es OPCIONAL. Favor de incluir adultos que no sean los padres o tutores legales)

Por este medio (cuando por alguna razón yo no pueda traer a mi hijo/hija a la oficina) le doy consentimiento a:

Nombre de la Persona

Parentesco con el Paciente

Nombre de la Persona

Parentesco con el Paciente

Nombre de la Persona

Parentesco con el Paciente

de poder autorizar cualquier y todo el cuidado medico que sea necesario y apropiado por un profesional medico con licencia en el estado de Texas. Este consentimiento incluye intervención médica, quirúrgica, y electiva como también cuidados de emergencia. Esta delegación será valida hasta que yo decida retirarla.

RECONOCIMIENTO POR ESCRITO AL RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar abajo usted acepta que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad (“Aviso”). El aviso explica como NightLight Pediatric Urgent Care puede utilizar y divulgar la información medica protegida de su hijo/hija para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. La “Información medica protegida” significa la información medica personal que se encuentra en sus registros médicos y de facturación.

Su firma abajo es solo para reconocer que a RECIVIDO el Aviso. Si tiene preguntas en cuanto a el Aviso, por favor comuníquese con el/la Oficial de Privacidad de la oficina.

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD DEL GARANTE

He recibido una copia de la póliza financiera de NightLight Pediatric Urgent Care y entiendo que soy completamente responsable por el pago a la cuenta del paciente.

Firma del Garante

Fecha

Nombre del Garante (con letra de molde)

Parentesco con el Paciente