



## CONSENTIMIENTO GENERAL Y DIVULGACION

La información contenida en este formulario de consentimiento se proporciona para que usted esté mejor informado acerca de los servicios de atención médica que recibirá. Después de estar seguro de que usted entiende la información que le están proporcionado sobre los servicios y si está de acuerdo en recibirlos, debe firmar este formulario para indicar que entiende y consiente a los servicios.

**NOTIFICACIÓN:** Las Clínicas HealthPoint (denominadas en lo sucesivo "las Clínicas") animan a los individuos a buscar un médico personal para exámenes periódicos de salud y para el tratamiento de problemas médicos o de salud mental. El objetivo de los servicios de las Clínicas es prevenir problemas de salud para los que no pueden acceder a un médico. Las Clínicas no pueden asumir la responsabilidad del pago de la atención médica o de salud mental recibida fuera de las Clínicas, incluyendo la entrega de bebés, a no ser que disponga de autorización previa.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** Entre sus servicios, las Clínicas utilizan pruebas de detección que son un método de identificación para las personas que están en riesgo de desarrollar varios problemas comunes médicos, de salud mental o de abuso de sustancias. Las pruebas de detección realizan un servicio valioso para ayudar a encontrar ciertas enfermedades o condiciones al principio de su curso. Sin embargo, estas pruebas de detección no cubren todas las enfermedades o condiciones, y pueden pasar por alto algunos casos de enfermedades / condiciones que están destinados a encontrar. No son diagnósticos y no constituyen un examen completo.

**CONSENTIMIENTO GENERAL:** Doy permiso a las Clínicas, su personal designado y otro personal médico que presta servicios bajo su patrocinio para realizar evaluaciones físicas o exámenes, pruebas de laboratorio u otras pruebas, poner inyecciones, dar medicamentos y otros tratamientos y prestar otros servicios de salud para el paciente identificado en este formulario. *El tratamiento de salud mental de un menor de edad no puede ser proporcionado sin el consentimiento de un representante legal autorizado.*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Además del consentimiento general anterior,  DOY /  NO DOY permiso a las Clínicas, su personal designado, y otro personal médico que presta servicios bajo su patrocinio para realizar los siguientes procedimientos: medicamentos para la tuberculosis y la enfermedad de Hansen, vacunas, medicamentos inyectables para enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar, consejería especial PKU, tratamiento para la salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, y pruebas del VIH.

**ENTENDIMIENTO INFORMADO:** Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, y que ninguna seguridad ni garantía se me ha dado en cuanto al resultado de la cura del cuidado y el tratamiento proporcionado.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Entiendo además, que todos los Registros Médicos, Registros de Salud Mental / Abuso de Sustancias y Registros de Servicio Social pueden ser divulgados a los representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ya los representantes de los programas o proyectos financiados por este Departamento y otras fuentes de financiación de servicios con el propósito de determinar el cumplimiento del contrato con la legislación y las regulaciones Federales / Estatales.

**PREGUNTAS:** Certifico que este formulario me ha sido plenamente explicado, que las líneas en blanco se han llenado y que cualquier pregunta que he tenido acerca de los servicios ha sido respondida satisfactoriamente. Además, certifico que he leído los Derechos y Responsabilidades del Paciente y de la Clínica y que acepto ese documento.

**VENCIMIENTO:** Entiendo que este consentimiento es válido y se conserva en vigor, siempre y cuando sea un paciente de HealthPoint, hasta que yo retire mi consentimiento, o hasta que HealthPoint cambie sus servicios y me pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

**FIRMAS:** Llene las líneas en blanco con N/A si no es aplicable.

### SECCIÓN I:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Persona Autorizada para el Consentimiento (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II:

Nombre del Miembro del Personal: \_\_\_\_\_

Firma del Miembro del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_