Nombre del paciente: _____

El personal de Teche Health debe completar la siguiente información en caso de que no se firme la sección de Aceptación, Derechos y Responsabilidades.

¿Recibió el paciente el Aviso de privacidad? ☐ SÍ ☐ NO Iniciales del empleado: _____

Fecha de nacimiento:_____

Consentimiento para recibir tratamiento de atención médica integrada

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de entender la información que se proporciona a continuación. Estaremos encantados de responder cualquier pregunta que tenga. Puede solicitar una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si son necesarios los servicios de un intérprete de idiomas para poder comprender la información escrita o verbal que se me brinde durante mis visitas médicas. **Consentimiento para el tratamiento:** solicito a Teche Health **que me brinde a mí (o a mis dependientes menores de edad)** atención médica, dental, de salud conductual (abuso de sustancias, psicológica o psiquiátrica) y/o social. Se me dará información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos y medicamentos que se proporcionarán, incluidos los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones, así como opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no comprenda. Por la presente, solicito que una persona autorizada por Teche Health proporcione la evaluación, las pruebas y el tratamiento adecuados. Siempre que sea posible y viable, cooperaré totalmente con el proveedor y cumpliré con el régimen de tratamiento y los procedimientos de chequeo establecidos.

Se acuerda en que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta. No se puede ofrecer ninguna garantía, real o implícita, en cuanto al resultado de los servicios.

Derecho a retirar el consentimiento: tengo derecho a retirar mi consentimiento para mi tratamiento o el de mi(s) hijo(s) en cualquier momento mediante una solicitud por escrito al proveedor tratante.

Caducidad del consentimiento: este consentimiento vencerá un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique lo contrario.

Iniciales del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____