

**Consentimiento para recibir tratamiento**

Doy mi consentimiento y autorizo a los médicos, enfermeros y otros profesionales médicos de Children's Minnesota (Children's) a que lleven a cabo los exámenes, tratamientos, estudios de diagnóstico, transferencias y traslados que consideren necesarios según su juicio profesional. Entiendo que todos los tratamientos e intervenciones médicas involucran algún tipo de riesgo y que no se pueden dar garantías con respecto a la efectividad de los mismos. Children's es un hospital docente. Además del médico, los enfermeros y otro personal médico a cargo de mi cuidado, recibiré atención de personas que están en capacitación, y que estarán bajo la supervisión de profesionales y médicos autorizados. Children's proporciona una gran variedad de servicios médicos, y podrían atenderme profesionales médicos que no sean empleados de Children's. Si tengo alguna duda sobre si un profesional médico es empleado de Children's, la consultaré. También comprendo que, si bien Children's puede recomendar ciertos profesionales, la decisión sobre quién brindará la atención queda en última instancia en mis manos.

**Consentimiento para el uso y la entrega de información del paciente**

Doy mi consentimiento para que Children's entregue mi información médica para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y para otros procesos descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Children's, tal y como lo permita o requiera la ley. La información se puede entregar a ciertos profesionales involucrados en mi cuidado, a otros profesionales externos, a planes médicos y compañías de seguros médicos, a servicios de recetas electrónicas y farmacias, y a los asociados de negocios de estas organizaciones. Children's puede tomar fotos y/o videos durante sus cuidados médicos, y estas fotos y videos se pueden utilizar para sus cuidados médicos, para la mejora del proceso de atención médica y para la educación médica. Además, doy mi consentimiento y autorizo a los profesionales médicos que no sean de Children's y a mi compañía de seguro médico a compartir mi información de salud para los fines que se indicaron con antelación con Children's, con una red clínica integrada o con una organización responsable de la salud en la que Children's participe.

**Entrega de información con fines de investigación**

Doy mi consentimiento y autorizo la entrega de información de mi expediente médico para fines de investigación médica y científica. Si no estoy de acuerdo con esto, lo indicaré tachando este párrafo con una cruz.

**Designación de beneficios o pagos por servicios**

Autorizo y solicito que se paguen los beneficios autorizados directamente a Children's por los servicios que se me brinden en este establecimiento o en cualquier otro establecimiento que sea propiedad o esté bajo la administración de Children's, incluyendo los servicios de los médicos. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier servicio que no haya sido pagado por mi seguro médico, mi cobertura médica, o por programas gubernamentales, y que debo cooperar con Children's para obtener el pago por mi atención médica. Esto incluye la aclaración de disputas que existan sobre los cobros. Si tengo derecho al pago por parte de más de un tipo de cobertura, Children's devolverá cualquier excedente al pagador. Si hay saldos pendientes en mi cuenta en Children's, cualquier reembolso que me corresponda se utilizará para saldar estas cuentas. Si después de saldar la cuenta queda un excedente, se me reembolsará.

**Derechos del paciente y normas de privacidad**

Sus derechos y los de su familia, y nuestras prácticas de privacidad se encuentran a la vista en las zonas públicas principales de Children's. Su firma a continuación confirma que ha recibido nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

**Información de Medicare o TriCare**

Si corresponde, confirmo haber recibido los siguientes materiales:  Mensaje de Medicare  Mensaje de TriCare

Mi firma indica que he leído y entiendo esta información. El consentimiento para el tratamiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma. Todas las otras autorizaciones incluidas en este consentimiento son válidas hasta ser revocadas por escrito.

Nombre del paciente (*Patient Name*): \_\_\_\_\_ Fecha (*Date*): \_\_\_\_\_

Firma del tutor legal (*Signature*): \_\_\_\_\_

Nombre escrito del tutor legal (*Print Guardian Name*): \_\_\_\_\_

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

Nombre del intérprete (*Name of interpreter if used*): \_\_\_\_\_

Consentimiento telefónico obtenido por (nombre/fecha/cargo): \_\_\_\_\_  
(*Telephone consent obtained by name/date/time*)



PLACE PATIENT LABEL HERE