



PLACE PATIENT STICKER HERE

Medical Record #

Name:

## Consentimiento para Evaluación y Tratamiento

Open Door Health Center (ODHC) es dedicado a proveerles atención primaria y servicios de salud dental y conductual a los residentes de Minnesota del Sur. Ya que los problemas físicos y emocionales a menudo van juntos, nosotros creemos que la mejor atención se da cuando los proveedores de atención médica trabajan junto. Puede que los pacientes de ODHC sean referidos a otros proveedores de atención médica especializada fuera de ODHC o a otro miembro del equipo de ODHC; los miembros del equipo de tratamiento se compartirán uno con el otro la información clínica según sea la necesidad clínica.

El paciente debe llamar con 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita. Tal vez sea necesario reprogramar la cita si llega 15 minutos tarde a la cita.

La información del paciente no se le dará a nadie fuera de ODHC, incluso a su familia o amigos, a menos que el paciente (padre ó guardian, si es menor) da su permiso escrito. El paciente puede consentir en la liberación de su información si el paciente tiene 16 años ó 18 años ó más para atención primaria y dental. Sin embargo, puede que nosotros les divulguemos la información del paciente a otros sin permiso del paciente si: 1) el paciente es una amenaza para sí mismo/a u otros; 2) el paciente no se puede proteger a sí mismo/a de riesgo de daño; 3) el paciente está en custodia de una agencia o instalación gubernamental; 4) hay evidencia de abuso infantil; 5) el registro clínico del paciente es solicitado por mandato judicial incluso un citatorio al cual el paciente no objeta de inmediato; 6) como está expresado en el Aviso de Privacidad de HIPAA.

Hay cargos por todos los servicios, y el paciente debe pagar el día de su consulta. Puede que la póliza de seguro médico cubra una porción de los cargos y el personal le ayudará al paciente a hacer reclamaciones. El paciente debe informar al personal de ODHC si hay cambios de estado financiero incluso del seguro médico.

El personal profesional de ODHC dependerá de las declaraciones del paciente, la historia médica del paciente u otra información para evaluar su condición y determinar el mejor tratamiento. La evaluación y tratamiento de niños y adolescentes a menudo requiere el involucramiento de los padres y/u otros miembros de la familia.

Puede que algunos servicios de ODHC requiera el uso de los servicios de un laboratorio de ajeno. Puede que el equipo de atención médica consista en una Enfermera Coordinadora de Atención, Consultor de Salud Conductual, Promotor de Salud Comunitaria, y un miembro del equipo de inscripción de seguro.

Nuestros proveedores de atención médica siguen la mejor práctica para hacer diagnósticos y determinar el curso de tratamiento y resultados posibles. Cualquier pregunta sobre los beneficios, riesgos, opciones posibles, o límites de confidencialidad deben ser dirigidas al personal de tratamiento.

Para tratar a los pacientes, pueden ser justificados los estudios como rayos x, exámenes de laboratorio, electrocardiograma, o exámenes psicológicos. Hay riesgos cuando se toman medicamentos y cualquier pregunta sobre los medicamentos serán contestadas por el personal médico. El paciente acepta los riesgos de medicamentos y otro tratamiento.

Yo entiendo que, si tengo 16 años o más, puedo dar consentimiento para los servicios de salud mental, exámenes tratamiento para problemas de drogas, exámenes y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS), y/o exámenes de embarazo. Si tengo 18 años o más, puedo dar consentimiento para otros servicios de salud; de otro modo mi padre o guardian legal tendrá que dar consentimiento a recibir los servicios. Con mi firma (firma del padre o guardian legal si se requiere), concuerdo en que he leído, o se me ha leído o explicado, este formulario, que lo entiendo y que todas las preguntas que yo he hecho ha sido contestadas. Entiendo que concuerdo en ser veraz con la información que proveo.

Así, por la presente doy consentimiento para la evaluación, tratamiento, y pago de servicios proveído a mí y/o a mi hijo/a autorizados de seguro que se pagará a ODHC por cualquier servicio, tal como se describe arriba, incluso cualquier estudio o procedimiento que el personal profesional de ODHC decida que es necesario o apropiado. Si se firma con padre o guardian, por la presente me presento y garantizo que estoy autorizado legalmente para tomar tales decisiones.

He recibido y he leído un aviso de consentimiento para evaluación y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito por Mano o Máquina

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha