

# Consentimiento clínico general para el tratamiento

Nombre legal del paciente:

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Fecha de nacimiento _____	Raza: _____	Etnicidad: _____ N.º del Seguro Social _____
Correo electrónico _____	No deseo compartir mi correo electrónico _____	
Dirección del paciente: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a	
Sexo de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No deseo responder	

Entiendo que soy responsable del pago total de cualquier cargo al momento de la visita si no tengo seguro. Soy responsable de pagar el copago o los deducibles al momento de mi visita. Además, entiendo que soy responsable de cualquier cargo que NO esté cubierto por mi plan de seguro. Entiendo que presentar una tarjeta de seguro no garantiza el pago.

**Autorizo el tratamiento y el envío de información al médico que me deriva, y al médico de la derivación, si mi médico lo considera necesario.**

**Autorizo a las personas enumeradas a continuación a discutir mi tratamiento y a retirar los medicamentos y formularios.**

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud de revocación por escrito al Departamento de Información de Salud; sin embargo, la revocación no actuará de forma retroactiva sobre las medidas ya tomadas en virtud de esta autorización.

Asimismo, comprendo que la información compartida en virtud de esta autorización puede incluir información sobre la salud mental del paciente, el consumo o tratamiento por consumo de drogas o alcohol, el VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas, y resultados de pruebas genéticas.

Autorizo la recuperación de mi historial médico mediante la red de prescripciones digitales de Surescripts.

**Comprendo que tengo derecho a solicitar que se establezcan restricciones sobre el uso de mi información. A continuación, se enumeran dichas restricciones:**

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento clínico general para el tratamiento

CNETGCSPA

CNET02 080125

Name:  
Acct #:  
Unit #:  
Adm Date:  
Room: DOB:  
Physician:

