

GERIG SURGICAL ASSOCIATES

GENERAL • VASCULAR • BARIATRIC SURGERY

Consentimiento para el tratamiento

Su información de salud está protegida por la ley federal y es importante para nosotros que su información privada se comparta solo de la manera que usted desee y solo con aquellos con quienes desea que la compartamos.

Las siguientes secciones se refieren a su consentimiento para que nos comuniquemos y compartamos su información privada. Son opcionales y no está obligado a darnos permiso para compartir su información.

Autorización para dar consentimiento para tratar a un menor (marque una opción):

☐ Mi hijo, independientemente de la edad, debe contar con la presencia de sus padres/tutores para recibir el tratamiento.

☐ Mi hijo, de 16 años o más, puede recibir tratamiento sin la presencia de un padre y/o tutor (esto no cubre vacunaciones de rutina).

☐ Reconozco que mi hijo, menor de 16 años, debe estar acompañado por un adulto. Este adulto debe tener 18 años o más, presentar una identificación con fotografía y figurar en el registro a continuación.

☐ Las personas designadas que se mencionan a continuación (deben tener 18 años o más) pueden dar consentimiento para mi hijo:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Las personas mencionadas anteriormente pueden dar su consentimiento para los siguientes tratamientos médicos: (marque todas las opciones que correspondan)

☐ Vacunas ☐ Todo el tratamiento quirúrgico y médico que el proveedor considere necesario

_____ (iniciales) Reconozco que cualquier persona que acompañe a un menor que no esté en la lista anterior requerirá un consentimiento por escrito del padre, de la madre, del tutor e identificación con foto.

Lea las siguientes secciones y firme la parte inferior para que podamos tratarlo y presentar reclamaciones a su seguro:

Consentimiento para el tratamiento: solicito y doy mi consentimiento a mi médico para que proporcione y lleve a cabo la atención médica/quirúrgica, pruebas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que mi médico considere necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Reconozco que no se me han hecho ni he confiado en representaciones, garantías o promesas sobre los resultados o curas.

Pruebas de detección de enfermedades infecciosas: acepto permitir que Gerig Surgical me envíe a realizar pruebas para detectar enfermedades infecciosas, que incluye la hepatitis y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y que estas pruebas puedan ser solicitadas por un médico de Gerig Surgical si uno de mis cuidadores se expone a mi sangre o fluidos corporales. No hay costo para las pruebas posteriores a la exposición.

Certificación de Medicare (solo para beneficiarios de Medicare): certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago según el TÍTULO XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo al médico que me trata a divulgar información de mi expediente a la Administración del Seguro Social y/o al programa Medicare o a sus intermediarios o proveedores. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice directamente al médico que me atiende, en mi nombre.

Declaro que la información que he proporcionado en este formulario es correcta a mi leal entender:

Firma _____ Fecha _____