

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID # _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA
Solicitud y Consentimiento del Paciente para Recibir Atención Médica

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA ATENCIÓN PRIMARIA GENERAL

Por este medio autorizo a los Médicos, Enfermeras, Enfermeras Practicantes y a otros proveedores de asistencia médica del Departamento de Salud de Virginia (VDH, por sus siglas en inglés) a examinar y/o a tratar a mi persona y/o a mi dependiente, según lo indicado arriba.

AVISO DE CONSENTIMIENTO APROBADO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

VDH tiene la obligación según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según lo enmendado, de darle el siguiente aviso:

1. Si cualquier empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH se expondría directamente a su sangre o a fluidos corporales de una manera que pudiera transmitir enfermedades, su sangre será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá el resultado de la prueba. Según el Código de Virginia § 32.1-45.1(A), se considera que usted ha dado consentimiento a la divulgación de los resultados de la prueba a la persona expuesta
2. Si usted sería expuesto directamente a sangre o a fluidos corporales de un empleado, trabajador o profesional de asistencia médica de VDH de una manera que pudiera transmitir enfermedades, la sangre de esa persona será examinada para detectar si existe infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de asistencia sanitaria le dirá a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

PRUEBAS DE VIH

Si se realiza la prueba del VIH, le informarán de antemano, le darán información sobre la prueba y le permitirán rechazar la prueba. Todos los resultados permanecerán como información confidencial excepto según lo permitido por la ley.

PAGO POR SERVICIOS

Algunos servicios son gratuitos, pero cobramos para muchos de ellos. Usted será responsable de pagar esos servicios. Tenemos una escala ajustable de honorarios, basada en su ingreso familiar y tamaño de la familia, que puede disminuir los costos. Usted será responsable de cualquier cargo no pagado por terceros pagadores según esta escala ajustable. El porcentaje que usted pague seguirá siendo el mismo hasta que sus ingresos y tamaño de la familia cambien. Algunos servicios se cobran según una base fija de honorarios, sin importar el ingreso o el tamaño de la familia (todos pagan el mismo precio). Es posible que nuestros cobros puedan cambiar. Intentaremos hablar sobre esos cambios con usted. Su información es ingresada en una base de datos estatal a la cual se puede acceder desde cualquier departamento local de salud en el estado. Según la información que usted ha proporcionado, usted es responsable de pagar el _____ % de los cobros. Si hay un cobro por los servicios y usted no paga a la hora de la visita, estableceremos un plan de pago para la cantidad debida.

Doy mi permiso para mí y/o para mi dependiente (según lo indicado arriba) para ser entrevistado sobre el ingreso familiar y tamaño de la familia. Entiendo que soy responsable de pagar la cuenta.

SERVICIOS DE LABORATORIO EXTERNO

Si mi proveedor de atención médica solicita exámenes de laboratorio externo, entiendo que puedo recibir una factura separada. Mi compañía de seguros determinará la cantidad, si la hay, que debo a ese proveedor de laboratorio, y seré responsable del pago. Entiendo que cualquier escala ajustable de honorarios que pueda aplicarse a otros servicios proporcionados por VDH no se aplicará a la factura de laboratorio del proveedor de laboratorio externo. A veces, el laboratorio puede tener que realizar pruebas adicionales en una muestra. Esto resultará en cargos adicionales que pueden agregarse a mi cuenta, y es posible que reciba una factura del VDH.

_____ **Iniciales del Paciente**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID # _____

RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR RECORDATORIOS ELECTRÓNICOS DE CITAS

VDH no cobra por este servicio, pero es posible que se apliquen tarifas de mensajería de texto según su plan de teléfono móvil. Entiendo que este consentimiento se aplicará a todas las citas futuras a menos que solicite un cambio por escrito.

- No doy mi consentimiento** para recibir mensajes de texto que me recuerden una cita.
- No doy mi consentimiento** para recibir mensajes de correo electrónico que me recuerden una cita.
- Doy mi consentimiento** para recibir mensajes de texto en mi teléfono celular para recordarme una cita, y también estoy de acuerdo en informar al departamento de salud si mi número de teléfono celular cambia.

Mi número de teléfono celular es _____

- Doy mi consentimiento** para recibir mensajes en mi dirección de correo electrónico para recordarme de una cita, y también estoy de acuerdo en informar al departamento de salud si mi dirección de correo electrónico cambia.

Mi correo electrónico es _____

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Entiendo que los expedientes médicos serán conservados por diez años después de la fecha de la última visita, luego destruidos de una forma que asegure la confidencialidad durante el proceso y en sus resultados. En el caso de un menor de edad, el expediente será conservado por veintiocho años después del nacimiento, luego destruidos de una forma que asegure la confidencialidad durante el proceso y en sus resultados. Autorizo a VDH divulgar los expedientes necesarios para respaldar la aplicación para el pago por Medicare, Medicaid, y otros beneficios de asistencia sanitaria. Solicito al tercer pagador cancelar cualquier beneficio autorizado a VDH en mi favor.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente mientras mi dependiente o yo recibamos atención del VDH o hasta que lo retire.

Certifico que la información que he proporcionado es una declaración verdadera y completa según mi leal saber y entender, y que se me ha proporcionado una explicación completa de los servicios y cobros. Entiendo que, si doy información falsa, que, si retengo información, o no reporto los cambios prontamente, infringiré la ley y puedo ser procesado y/o hacer que los servicios sean suspendidos.

Firma del Paciente, Padre/Tutor Legal o Persona que Actúa en Loco Parentis

Fecha de la firma

Relación (si la firma no es del paciente)

Firma de la persona que obtiene el consentimiento