

AUTORIZACION GENERAL PARA EL CUIDADO Y TRATAMIENTO MEDICO

Yo, _____, o el padre o tutor legal (s) De:
_____, un paciente registrado en Fetter Health Care Network,
doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico necesario.

AL PACIENTE: Usted tiene el derecho, como paciente, de estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a un tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. A este punto de su atención, ningún plan de tratamiento específico ha sido recomendado. Este formulario de autorización sirve para obtener su permiso para realizar las evaluaciones necesarias para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier condición (es).

Esta autorización nos otorga su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarias. Al firmar a continuación, usted está indicando que (1) usted tiene la intención de que esta autorización continúe, incluso después de un determinado diagnóstico y/o tratamiento hayan sido recomendados; y 2) su autorización para tratamiento en éste oficina o cualquier otra oficina satelital bajo nuestra propiedad. La autorización permanecerá plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento de interrumpir servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico; el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le hayan realizado. Si tiene cualquier preocupación sobre cualquier prueba o tratamiento que haya sido recomendado por su proveedor, le animamos a hacernos preguntas al caso.

Voluntariamente, usted esta solicitando a un médico, y/o a un proveedor de nivel intermedio (Enfermera Especializada, Asistente médico o especialista en enfermería clínica), y a otros proveedores de atención médica o a los profesionales designados según lo consideremos necesario, para que realicen exámenes, pruebas y tratamiento para la afección que le ha llevado a buscar atención en esta práctica. Usted entiende que, si se recomiendan procedimientos adicionales de prueba, invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de autorización adicionales antes de la (s) prueba (es) o procedimiento (s).

Además, usted entiende que su información médica puede ser compartida en caso de necesitar ser referido a otros servicios con el fin de cuidado médico, y que cualquier procedimiento médicamente necesario se puede realizar si es en el mejor interés de su salud según lo considere necesario el personal médico Fetter Health Care Network.

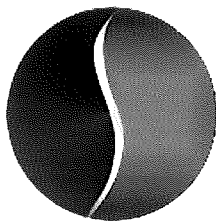
AUTORIZACIÓN Y PERMISO

Yo certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones sostenidas anteriormente en esta página, y doy completamente autorización voluntariamente al contenido de estas declaraciones. Además, proporciono mi autorización para el desempeño de la evaluación, el tratamiento y los procedimientos descritos en estas declaraciones.

Firma del paciente o Personal Representante

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante del paciente



Fetter Health Care

— NETWORK —

51 Nassau Street
Charleston, SC 29403
Phone (843) 722-4112
Fax (866) 285-7156

Autorización para la divulgación de información

Nombre: _____ SS #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fetter Health Care Network, Inc. está autorizado a recibir información confidencial a/de la siguiente agencia o individuo (por favor escriba el nombre de la agencia, miembro de familia o persona que recibirá o revelará la información):

Charleston County School District fax 843-745-2182
Ellen Nitz, Director of Nursing

Su información puede ser compartida de la siguiente manera (por favor marcar todas aquellas con las que concurra):

<input type="checkbox"/> Documentación	<input type="checkbox"/> Audio	<input type="checkbox"/> Video
<input type="checkbox"/> Electrónica	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Otro:

De ser correspondiente, favor completar los siguientes artículos con sus iniciales:

- _____ Por el presente renuncio a cualquier **psiquiatra-paciente y/o psicólogo-paciente** privilegio con respecto a la información revelada a la persona mencionada o agencia.
- _____ Por el presente renuncio a los privilegios relativos a los archivos de **enfermedad infecciosa o contagiosa, incluyendo TB, ETS, VIH Información confidencial del SIDA**, con respecto a los registros publicados a la persona o agencia anteriormente nombrada.
- _____ Por el presente renuncio a los privilegios relativos a los registros de **abuso de drogas o alcohol y/o tratamiento o tratamiento de salud mental** con respecto a los registros emitidos al nombre de la persona o agencia.
- _____ la presente Consentimiento Para el Lanzamiento De Información Para Caso Administración Servicios relacionado Para Descarga Planificación y el servicio social Ventajas.
- _____ Por la presente consiento la divulgación de información médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o

Fechas:

_____ Por la presente doy autorización a la divulgación de toda la información sanitaria para los servicios de atención primaria relacionados con el diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento.

Por la presente, redimo a Fetter Health Care Network, Inc., sus oficiales, agentes y empleados de cualquier y todos los pasivos, daños y reclamaciones que pudieran surgir de la divulgación de la información autorizada anteriormente. Reconozco que autorización para la divulgación de información es válida hasta un año desde esta fecha. Vencimiento: _____.

Además, yo entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento antes de esta fecha de vencimiento, pero cualquier información relevada antes de retirar la autorización, permanecerá autorizada.

Firma del consumidor o del Representante del consumidor

Fecha

Firma del Testigo

Fech