

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: Entiendo que, como Centro de Salud Federal Calificado (FQHC), Opsam Health ofrece servicios de salud primarios e integrales, entre ellos, atención preventiva, manejo de enfermedades crónicas, servicios de salud del comportamiento y servicios dentales.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: Entiendo que los servicios de atención médica que reciba de Opsam Health tienen como objetivo promover y mantener mi salud general y mi bienestar, prevenir y controlar enfermedades y abordar cualquier problema de salud que padezca.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD: Entiendo que mi información de salud será tratada como información confidencial y estará protegida, de conformidad con las leyes y regulaciones aplicables. Autorizo a Opsam Health a utilizar y divulgar mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, de conformidad con las disposiciones de su Aviso de Prácticas de Privacidad.

RIESGOS Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO: Entiendo que cada procedimiento, tratamiento o intervención médica conlleva ciertos riesgos y beneficios. El proveedor de atención médica le explicará los posibles riesgos y beneficios de cualquier tratamiento o procedimiento propuesto y tengo derecho a realizar preguntas para garantizar mi comprensión.

ALTERNATIVA: Entiendo que tengo derecho a recibir información sobre cualquier alternativa razonable al tratamiento propuesto, incluso cualquier procedimiento, terapia o medicación de carácter alternativo que esté disponible. Tengo derecho a debatir estas alternativas con mi proveedor de atención médica y a tomar una decisión informada sobre mi atención médica.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que seré responsable de los costos u honorarios asociados con los servicios de atención médica que reciba de Opsam Health. Me comprometo a cooperar con Opsam Health para hacer frente a mis obligaciones financieras de manera oportuna y a proporcionar información del seguro, si corresponde.

HEALTH CONNECT: He autorizado la transferencia de mi información a San Diego Health Connect (SDHC) y me han informado que puedo renunciar a SDHC en cualquier momento mediante el envío de una notificación al personal de Opsam Health.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Por este medio otorgo mi consentimiento informado a Opsam Health y sus proveedores de atención médica para administrar los servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos y medicamentos necesarios que se consideren adecuados para mi atención médica. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento y ello no afectará mi derecho a recibir atención médica o tratamiento en el futuro.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DE UN MENOR (SI CORRESPONDE): Como padre, madre o tutor legal con autoridad para prestar el consentimiento en nombre del menor mencionado debajo, otorgo mi consentimiento para que el menor reciba tratamiento del personal asociado con o contratado por Opsam. He recibido información sobre el plan de tratamiento propuesto, la naturaleza general y el alcance de los riesgos involucrados y las opciones de tratamiento alternativas, si corresponde. Este consentimiento será válido hasta que el menor cumpla los 18 años de edad.

He tenido la oportunidad de leer y entender este Formulario de Consentimiento y de realizarle preguntas y expresarle mis inquietudes a mi proveedor de atención médica. Mediante mi firma debajo, otorgo mi consentimiento informado para recibir servicios de atención médica de Opsam Health.

Nombre del paciente: _____ **Firma del paciente/ tutor/ curador:** _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Nombre del testigo: _____ **Firma del testigo:** _____