



Consentimiento General para Atención y Tratamiento

Tengo derecho, como paciente, a ser informado sobre mi(s) condición(es) y el(los) procedimiento(s) quirúrgico(s) médico(s) o diagnóstico(s) recomendado(s) a ser utilizado(s) para poder tomar la decisión de someterme a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después conocer los riesgos y peligros involucrados. Este consentimiento otorga a Nexus Family and Maternity Care mi permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común.

Tengo derecho a discutir el plan de tratamiento con mi proveedor sobre el propósito y los posibles riesgos y beneficios de cualquier prueba que me ordenen. Si tengo alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por mi proveedor de atención médica, me animan a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente un médico, un proveedor de nivel medio (p. ej., un enfermero practicante, un asistente médico, un especialista en enfermería clínica) y/u otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según se considere necesario, para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. para la(s) condición(es) por las cuales busco atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas o procedimientos adicionales, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.

Autorizo a Nexus Family and Maternity Care a solicitar beneficios de seguro para pagar la atención que recibo.

Entiendo que:

- Nexus Family and Maternity Care tendrá que enviar la información de mi expediente médico a mi compañía de seguros.
- Debo pagar mi parte de los costos.
- Debo pagar el costo de estos servicios si mi seguro no paga o si no tengo seguro.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente a su contenido.

Firma

Nombre Completo

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor

Fecha