



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Parent Guardian Patient Consent for Treatment

### Consentimiento del padre/tutor para tratamiento, divulgación de información y acuerdo de pago

1. El médico y el personal de East Tennessee Children's Hospital (ETCH) y sus consultorios tienen mi permiso para prestar atención médica al paciente. En algunos casos, puede que los cuidados sean proporcionados utilizando la tecnología de comunicación remota, tal como por video o teléfono, en vez de en persona.
2. Doy a ETCH permiso para divulgar la información de salud del paciente a médicos referentes, especialistas u otros proveedores que podrían participar en el tratamiento del paciente.
3. Entiendo que la compañía del seguro médico del paciente necesita estar al tanto de la visita del paciente. Permiso a ETCH y a sus consultorios dar la información médica necesaria a la compañía del seguro médico del paciente, a cualquier agencia gubernamental o al estado de Tennessee.
4. Entiendo que dispongo de un formulario para optar por no participar si no estoy de acuerdo con cualquier de lo siguiente:
  - Permiso que la fotografía del paciente sea agregado en un expediente médico confidencial para referencia del proveedor.
  - Permiso que ETCH y sus consultorios pidan el historial de medicamentos de otros proveedores y de la compañía del seguro médico del paciente.
  - Quiero participar en Portal del Paciente de eClinical Works y autorizo a ETCH y a sus consultorios a usar mi dirección de correo electrónico con fines participativos.
  - Si aplica, entiendo que puede que ETCH utilice las muestras biológicas restantes, que normalmente se desearían, con fines investigativos o educativos. ETCH puede compartir las muestras con investigadores en ETCH o en otros lugares. Antes de compartirlas, se elimina toda la información personal médica (PHI, por sus siglas en inglés). Entiendo que el paciente no recibe compensación monetaria alguna por estas muestras, pero que ETCH puede recibir una remuneración. Todo uso de la muestra será consistente con las leyes aplicables.
5. Estoy de acuerdo en que los pagos del seguro médico irán directamente a ETCH y a los médicos, y en que cualquier pago de Medicaid o Medicare irá directamente a ETCH. Proporcionaré información verídica en todos los documentos de pagos.
6. Entiendo que los copagos se deben abonar el día de la prestación del servicio. Pagaré las cantidades de los gastos deducibles y/o copagos y pagaré los cargos que no estén cubiertos por el seguro médico del paciente. Estos pueden incluir cargos para: recibir tratamiento por parte de un proveedor de atención médica que no aparezca en la lista del plan del seguro médico del paciente o para remisiones obligatorias no obtenidas antes de recibir el servicio. Entiendo que cualquier saldo de la cuenta no pagado puede ser traspasado a una agencia de cobros. Comprendo que esto puede afectar a mi solvencia crediticia y que puede que me tuviera que responsabilizar de todos los recargos de adquisición de cobros y honorarios legales a los que ETCH se viera sometido a pagar para cobrar el saldo pendiente.
7. **Entiendo que si al paciente se le ha concertado una cita de revisión médica de niño sano y, durante esa cita, el proveedor halla una afección que requiere tratamiento (como faringitis estreptocócica, otitis media, etc.), puede que mi seguro médico requiera que yo pague un copago aparte.**
8. Entiendo que si tengo que cancelar una cita, debo hacerlo como mínimo 24 horas antes de la hora de la cita. Entiendo que el paciente debe venir a todas las citas concertadas. Entiendo que si el paciente no se presenta a varias citas, al paciente se le puede dar de alta del consultorio médico.
9. Entiendo que un proveedor o miembro del personal puede verse expuesto a la sangre del paciente. Si eso ocurre, doy permiso a ETCH para que analice la sangre del paciente por hepatitis B y C y el VIH. Este análisis de sangre es gratuito y confidencial.
10. He recibido una copia del aviso de las prácticas de privacidad de ETCH. Puedo conseguir otra copia en cualquier momento llamando al (865) 541-8053. Autorizo a ETCH a usar la información de salud protegida según descrito en el aviso. Entiendo que debo proporcionar otra autorización aparte antes de que se realice alguna otra divulgación.

11. Entiendo que la política de este consultorio es quedarse una copia escaneada de los documentos legales y de tutoría, si ésta experimenta cambios en algún momento. Entiendo que el consultorio requiere una copia del documento de identidad la primera vez que alguien se presenta con el paciente. Puede que se pidan las tarjetas de los seguros médicos en cada visita.
12. Mientras estoy en el consultorio, entiendo que no puedo tomar fotografías ni grabaciones de video de los procedimientos, otros pacientes y el personal de ETCH sin el permiso del personal de ETCH.
13. Doy permiso a las personas que aparecen a continuación para que traigan al paciente a ETCH y a sus consultorios para el tratamiento de enfermedades o lesiones. Por la presente, autorizo a ETCH a intercambiar información con las siguientes personas. Esta petición permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

a) Nombre: \_\_\_\_\_ [Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_]

b) Nombre: \_\_\_\_\_ [Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_]

c) Nombre: \_\_\_\_\_ [Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_]

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del intérprete: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Recibido por correo electrónico y no requiere testigo