



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Consentimiento para el Tratamiento

Al firmar este consentimiento, autorizó a Legacy Pediatrics a realizar y/u ordenar a otra persona que realice todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otra atención que se considere necesaria o aconsejable para el diagnóstico y el tratamiento de la atención médica de mi hijo. Este consentimiento es válido para cada visita realizada a Legacy Pediatrics a menos que sea revocado por mi en forma oral o por escrito.

Tenga en cuenta que la Ley de Carolina del Norte permite que un paciente se someta a una prueba de posible exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus asociado con el SIDA, en las siguientes situaciones: 1.) para examinar sangre, productos sanguíneos, órganos o tejidos para determinar la idoneidad para donación; 2) si otro individuo se expone accidentalmente a la sangre o fluidos corporales de un paciente, como un pinchazo de aguja; 3) si se va a realizar un procedimiento médico o quirúrgico que podría exponer a los trabajadores de la salud a la sangre o fluidos corporales del paciente. Esta divulgación es para informarle que su hijo puede ser evaluado a expensas de Legacy Pediatrics si alguna de estas situaciones ocurre durante el periodo de tratamiento.

Firma del Padre/ Guardiante Legal

Fecha

Autorización para la divulgación de información

Por lo tanto autorizó a Legacy Pediatrics a proporcionar información médica pertinente a la condición médica de mi hijo, que incluye, entre otros, el diagnóstico, el tratamiento y la atención ofrecida o presentada a mi hijo mientras era un paciente de Legacy Pediatrics. Entiendo que esta información solo se proporcionará: 1.) a mi (s) aseguradora (s) a las que se le asignaron mis facturas médicas para el pago; 2.) según lo exija la ley. Entiendo que mi información médica no se divulgará a ninguna persona que no sea la mencionada sin mi permiso por escrito, el registro completo de mi hijo, incluido el estado de VIH, se puede divulgar al proveedor de atención médica como se especifica en mi solicitud por escrito. Cualquier revocación de esta versión debe enviarse por escrito a Legacy Pediatrics.

A los fines de esta publicación, información médica “ significará copias de todos los registros médicos, pruebas, radiografías, informes y/u otros materiales en posesiones de Legacy Pediatrics relacionados con la condición médica de mi hijo y el tratamiento propuesto o real. Entiendo que la firmar este consentimiento también autorizó la divulgación de cualquier información contenida en los registros médicos que pueda divulgarse a las pruebas de anticuerpos o antígenos de VIH y/o SIDA para las personas mencionadas anteriormente.

Al firmar este consentimiento para divulgar información médica, acepto no responsabilizar a Legacy Pediatrics, sus agentes y empleados por cualquier resultado desfavorable como resultado de esta información. Comprendo que la divulgación de la información médica de mi hijo puede ser necesaria antes de que mi aseguradora cubra el costo del tratamiento médico de mi hijo, y que al no autorizar la divulgación de esta información; Tal vez deba de pagar la factura completa al momento del servicio.

Firma del padre/ Guardián Legal

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento