

Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Soy paciente en el **Cape Fear Center for Digestive Diseases, PA.** (CFCDD, PA). Al firmar este formulario presto consentimiento para recibir tratamiento por parte de los prestadores de este centro.

Mi médico necesita más información sobre mi salud. Yo, _____, con fecha de nacimiento _____ solicito y permito al Dr. _____ y al personal a brindarme el tratamiento y los servicios médicos necesarios que él o ella recomienden.

Entiendo que el tratamiento y los servicios podrían incluir:

- pruebas de laboratorio,
- pruebas de detección (pruebas que pueden encontrar una enfermedad en forma más temprana, antes de que la persona manifieste signos de padecerla),
- pruebas diagnósticas (pruebas que muestran si una persona padece cierta enfermedad o problema de salud),
- exámenes de rutina.

Entiendo que no he recibido promesas en cuanto a los resultados de los tratamientos o servicios.

Firma del paciente o de la persona responsable del mismo

Fecha

Testigo

Fecha

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

Yo, _____, por la presente confirmo que CFCDD, PA. me dio la oportunidad de leer un aviso detallado de sus Prácticas de Privacidad. Una copia esta disponible en la Clinica o en nuestra pagina cibernetica www.cfcd.com, busque debajo de la pestaña de paciente.

Firma del paciente/garante* _____ Fecha _____

** Si el paciente es un menor (menor de 18 años), el formulario deberá ser firmado por uno de los padres o por un tutor legal.*

De no estar firmado, por favor brinde una razón por la que no se obtuvo el acuse de recibo.

Testigo

Fecha

Firma de un miembro del personal

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN

Si no fuera posible comunicarse conmigo, yo, _____, doy permiso para que un representante de CFCDD, PA. hable de los cuidados o de los resultados de las pruebas con mis familiares o acompañantes que se mencionan a continuación.

Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

Nombre _____

Teléfono _____

Relación _____

¿Está bien que dejemos la información o los resultados en su contestador automático?

Sí No

¿Está bien que le enviemos la información o los resultados por correo?

Sí No

Firma del paciente/garante* _____ Fecha _____

** Si el paciente es un menor (menor de 18 años), el formulario deberá ser firmado por uno de los padres o por un tutor legal.*

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

1. ¿Tiene Directivas Anticipadas o una Orden de no resucitar [DNR, por sus siglas en inglés]? Sí No
2. (Si #1 es sí) Proporcionaré una copia de mis Directivas Anticipadas en caso de ser trasladado a un hospital. Sí No
3. Entiendo que el CFCDD no honra las Directivas Anticipadas. Sí No
4. Entiendo que deberé proporcionar sangre para ser analizada si se produjera un pinchazo accidental con una aguja. Sí No

Firmado _____ Fecha _____

1880 Quiet Cove ■ Fayetteville, NC 28304 ■ 910-323-2477