

DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA
Solicitud y Consentimiento para la Atención Médica del Paciente

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Identificación:** _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA ATENCIÓN PRIMARIA GENERAL

Por la presente autorizo a los médicos, enfermeras, enfermeras licenciadas y otros proveedores de atención médica del Departamento de Salud de Virginia (VDH, por sus siglas en inglés) a examinarnos o tratarnos a mí o a mi dependiente, quien esté nombrado arriba.

ANUNCIO DE CONSENTIMIENTO ASUMIDO PARA PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

La sección 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), como se la ha enmendado, le exige al VDH que le anuncie lo siguiente:

1. Si cualquier profesional médico, trabajador o empleado del VDH estuviese expuesto en forma directa a su sangre o a sus fluidos corporales, de modo que se pudiesen transmitir enfermedades, su sangre será analizada en busca de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del SIDA), y también en busca de Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informarán el resultado de la prueba. De acuerdo a la sección 32.1-45.1(A) del código de Virginia, se asume que ha dado consentimiento a que se le informen los resultados de la prueba a la persona expuesta.
2. Si usted estuviese expuesto en forma directa a la sangre o a los fluidos corporales de cualquier profesional médico, trabajador o empleado del VDH, de modo que se pudiesen transmitir enfermedades, la sangre de esa persona será analizada en busca de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del SIDA), y también en busca de Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informarán a usted y a esa persona el resultado de la prueba.

PRUEBAS DE VIH

Si se le efectúa una prueba de VIH, se le informará por anticipado, usted recibirá información sobre la prueba y podrá negarse a que le hagan la prueba. Todos los resultados permanecerán confidenciales, excepto en la medida permitida por ley.

PAGO POR LOS SERVICIOS

Algunos servicios son gratuitos, pero cobramos por muchos de ellos. Usted será responsable por el pago de esos servicios. Tenemos un esquema de tarifas que toma en cuenta su capacidad de pago, en base a los ingresos de su familia y en el tamaño de la misma, que puede reducir los costos. Será responsable por cualquier cuenta que no sea cubierta por terceros responsables por el pago, de acuerdo a este esquema de tarifas. El porcentaje que usted paga permanecerá fijo hasta que los ingresos de su familia o el tamaño de la misma cambien. Algunos servicios se cobran en base a una tarifa única, sin importar los ingresos de su familia o el tamaño de la misma (todos pagan el mismo precio). Es posible que nuestras tarifas cambien. Intentaremos hablar con usted de esos cambios. Su información está siendo ingresada a una base de datos estatal que puede accederse desde cualquier departamento de salud del estado. En base a la información que ha provisto, es responsable por el pago del _____ por ciento de los costos.

Doy mi autorización para que se nos entreviste a mí o a mi dependiente (quien esté nombrado arriba) acerca de los ingresos de mi familia y el tamaño de la misma. Comprendo que soy responsable por pagar la factura y que se me sancionará si no pago en término.

RECIBO DEL ANUNCIO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido el Anuncio sobre Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud de Virginia.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Comprendo que los registros médicos se retendrán por seis años luego de la fecha de la última visita, y luego destruido en una manera que asegura la confidencialidad en todo el proceso y en sus resultados. En el caso de un menor de edad, los registros se retendrán por seis años luego de la última visita o hasta que el paciente tenga a mayoría de edad, o hasta la emancipación, y por un mínimo de seis años después de la última consulta médica, y luego destruido de una manera que asegura la confidencialidad en todo el proceso y en sus resultados. Autorizo al VDH a compartir los registros que sean necesarios para respaldar la solicitud de pago por parte de Medicare, Medicaid, y de otros beneficios médicos. Solicito que el tercero responsable de los pagos pague al VDH de mi parte cualquier beneficio autorizado.

Comprendo que este consentimiento permanecerá en vigor mientras mi dependiente o yo recibamos atención por parte del VDH o hasta que lo retire.

Certifico que la información que he provisto es una declaración verdadera y completa, a mi entender y creer, y que se me ha brindado una explicación completa de los servicios y de los costos. Comprendo que si doy información falsa, oculto información o no informo rápidamente de los cambios, estaré violando la ley y se me puede enjuiciar o interrumpir la provisión de servicios.

Firma del paciente, padre o guardián legal, o persona que actúa en nombre de los padres

Fecha de la firma

Parentesco (si la firma no es la del paciente)

Firma de la persona que obtiene el consentimiento