

McLaren Print System Order**Order No: 82545 Reprint Previous Order No: 73881****Order Date: 2024-01-23****User: Christina Wrinkle****Phone: 8103421745****Ship Location: McLaren Women
1314 S. Linden Road, Ste A
Flint, Michigan 48532****Forms****Quantity: 100****Paragon Dept No: 50028****Dept Name:****Company Number: 810****Order Total Price: 12.80****Item Number: MHCC-335 Spanish****Item Description: General Consent for Treatment - Spanish****Revision Date: 11/2022****Print: 1 sided black and white****Paper: 20# White Text****Size: 8.5 x 11****Fold:****Finish: None****Drill: None****Misc Info: 4 pages; black and white;**

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

1. AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA ADMISIÓN Y EL TRATAMIENTO

Yo, el que suscribe, por la presente solicito, consento y autorizo voluntariamente toda la atención médica y hospitalaria, incluida la evaluación física y las pruebas de detección, los procedimientos de diagnóstico, la administración de medicamentos, los tratamientos terapéuticos, incluidas las pruebas de detección de drogas y alcohol, según se considere necesario a juicio de los médicos que me atienden, otros miembros del personal médico y los proveedores de atención médica de las subsidiarias de McLaren Health Care ("McLaren"). Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado nada con respecto a los resultados del cuidado y tratamiento que he recibido.

Por la presente autorizo a McLaren a retener, preservar y usar con fines educativos y científicos, o disponer a su discreción o conveniencia de cualquier muestra o tejido extraído de mi cuerpo durante mi consulta. Autorizo a McLaren a tomar fotografías, filmar y/o grabarme con fines de diagnóstico, recomendación de tratamiento y/o documentación e identificación durante el tratamiento. Entiendo que toda la documentación en el registro médico, incluidas las fotografías, películas y grabaciones podrán ser conservadas como parte permanente del registro médico y podrán ser usadas para casos de estudio y formación. Se me ha informado y entiendo que la mayoría de las instalaciones de McLaren son instituciones de enseñanza y que los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados pueden requerir la observación, cooperación y servicios de múltiples profesionales de atención médica. Autorizo a dichas personas a realizar esta observación, servicio o atención.

2. CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS DE EXPOSICIÓN

Entiendo que si un socorrista de emergencia, un profesional de atención médica u otro empleado de un centro de salud se expone a mi sangre o fluido corporal, se pueden realizar pruebas que incluyan, entre otras, el VIH, la hepatitis B o la hepatitis C sin mi consentimiento, según lo dispuesto por MCL 333.20191.

3. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL SEGURO

Autorizo a McLaren y a sus afiliados a divulgar a cualquier tercero responsable de pagos, o a su representante, incluido Medicare, Medicaid, Champus, Blue Cross/Blue Shield, seguros comerciales de salud, seguros automovilísticos de responsabilidad objetiva, seguros de compensación por incapacidad de los trabajadores, empleadores, organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos y planes de atención administrada, que puedan ser responsables del pago en mi caso, o según lo exija la ley, la información de mi historia clínica que sea necesaria para recibir el reembolso de cualquier facturación realizada en relación con mi tratamiento, incluidos los registros de abuso de alcohol y drogas protegidos en virtud de la normativa del artículo 42 CFR, Parte 2, si los hubiera, y los registros de servicios sociales, si los hubiera, y los registros de servicios psicológicos, incluidas las comunicaciones por mi parte a un trabajador social o psicólogo.

4. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD PÚBLICA

Autorizo a McLaren a divulgar la información contenida en mi expediente médico, incluida la información sobre enfermedades y/o infecciones contagiosas, según lo definido por las leyes de Michigan y las reglas del Departamento de Salud Pública, o por el Departamento de Salud de Ohio, que incluyen la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo de demencia asociado al SIDA (ADC, por sus siglas en inglés), las enfermedades venéreas y la tuberculosis, y la información sobre el abuso de alcohol y/o drogas protegida por la normativa del artículo 42 del Código de Regulaciones Federales parte 2, los expedientes psiquiátricos/psicológicos y los expedientes de trabajo social, incluidas las comunicaciones con un trabajador social, psiquiatra o psicólogo.


