Family Health Services	Título: Consentimiento para el tratamiento y responsabilidad financiera	ID #: FD1002 Efectivo: 12/17/2025 Página: 1
	TELÉFONO: 419-502-2800 • FAX: 419-502-2821	

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AAAA:

Consentimiento para los servicios de atención médica: Solicito que se presten servicios médicos, dentales y/o de salud conductual proporcionados para el paciente antes mencionado en Family Health Services (FHS) y/o en una clínica escolar de FHS. Doy mi consentimiento para todo tratamiento médico, exámenes y pruebas que se determinen necesarios para el paciente antes mencionado. Entiendo que la práctica de la medicina y la atención médica no es una ciencia exacta y que el tratamiento puede implicar riesgos, lesiones o incluso la muerte. No se han dado garantías con respecto al resultado de ningún cuidado, procedimiento o examen proporcionado en FHS.

Responsabilidad financiera: Algunos servicios o procedimientos en FHS pueden no estar cubiertos al 100% por Medicare, Medicaid o su compañía de seguros. Los planes pueden variar en lo que consideran médicamente necesario o elegible para el pago. Existen varios factores que pueden existir, por lo tanto, FHS no puede garantizar ningún cargo estimado o autorizaciones previas. Estas variables incluyen, entre otras:

Deducibles	Máximos anuales	Limitaciones de tarifas permitidas
Procedimientos no cubiertos	Limitaciones de frecuencia	

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- Su póliza y beneficios son un acuerdo con usted y Medicare, Medicaid o la compañía de seguros. Usted puede ser responsable de cualquier cargo no pagado por Medicare, Medicaid o la compañía de seguros.
- Ha proporcionado a FHS su información más actual de Medicare, Medicaid o compañía de seguros antes a su cita. No proporcionar la información más actual podría resultar en inexacta estimaciones/autorizaciones previas que se proporcionan.
- Las estimaciones del plan de tratamiento o las autorizaciones previas son un intento de buena fe para informar a los pacientes/responsables partes del costo del tratamiento basado en hechos conocidos cuando se completó la estimación/autorización. Como A medida que avanza el tratamiento, puede haber cambios necesarios que podrían cambiar el costo estimado o cantidad autorizada.
- Se me ha informado de la escala de tarifas deslizantes y puedo presentar una solicitud de revisión en cualquier momento hablando con cualquier miembro del personal de FHS
- Doy mi consentimiento para el tratamiento del paciente antes mencionado para todos los servicios médicos, dentales y conductuales Servicios de salud. Todas las formas de tratamiento se discutirán entre el proveedor, el paciente y/o los padres/tutores legales tutores del paciente, si es un niño menor de edad.
- Entiendo que puedo rechazar cualquier tratamiento o procedimiento recomendado. Si elijo rechazar el tratamiento o no completar un plan de tratamiento que se recomendó para el paciente antes mencionado, libero a FHS y a sus proveedores de responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de mi decisión.
- Autorizo a FHS a divulgar información médica según sea necesario para el tratamiento, el pago o la atención médica operaciones. Esto puede incluir información sobre VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental y/o condiciones de uso de sustancias, de acuerdo con la ley federal y estatal. Además, autorizo a FHS a compartir

información con Medicare, Medicaid o compañía(s) de seguros, proveedor remitente y otros directamente involucrados en la atención del paciente antes mencionado.

- He recibido una copia y he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad y Responsabilidades del Paciente de FHS
- He recibido una copia y he revisado el Aviso de la Política de No Discriminación de FHS

FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE*:	FECHA:
NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE*:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:

* SI ALGUIEN QUE NO SEA EL PACIENTE ESTÁ FIRMANDO ESTE FORMULARIO, UNA COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN LEGAL QUE VERIFIQUE EL REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE DEBE ACOMPAÑAR EL CONSENTIMIENTO (ES DECIR, LA TUTELA DEL PACIENTE DESIGNADA POR EL TRIBUNAL O EL PODER DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD). LA ÚNICA EXCEPCIÓN ES SI UN PADRE ESTÁ FIRMANDO POR UN NIÑO MENOR DE EDAD.

☐ Marque esta casilla si el paciente dio su consentimiento verbal. Si se dio el consentimiento verbal, indique quién recibió el consentimiento verbal y quién fue testigo de que el paciente dio el consentimiento verbal.

Nombre de la persona que recibe el consentimiento verbal:	Fecha en que se dio el consentimiento verbal:
Nombre del testigo del consentimiento verbal que se dio:	Fecha en que se dio el consentimiento verbal:

_____ Al poner mis iniciales aquí, doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad o el paciente nombrado anteriormente asista solo a las citas sin la presencia de un adulto. Los niños menores de edad deben tener al menos 14 años de edad o más.

_____ Al poner mis iniciales aquí, declaro que no quiero que mi hijo sea atendido en una clínica escolar de FHS.

Consentimiento de PRISMA:

Seleccione la opción de consentimiento adecuada para permitir el intercambio de datos del paciente con hospitales y consultorios externos. Los datos externos que se recuperen correctamente se podrán ver en PRISMA.

☐ ACEPTADO: Enviar y recibir documentos	☐ ACEPTADO: Recibir solo documentos
☐ ACEPTADO: Enviar solo documentos	☐ RECHAZADO