

# Autorización de atención médica y consentimiento para el tratamiento

Nombre Legal del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(IMPRIMA)

Nombre Preferido \_\_\_\_\_ Padre/ Guardian Legal \_\_\_\_\_  
(IMPRIMA) (IMPRIMA)

**Por la presente autorizo a Grace Health a brindarme atención médica/dental razonable y adecuada, que puede incluir servicios de telemedicina, según los estándares actuales. Autorizo el pago directo de los beneficios del seguro a Grace Health, dándome cuenta de que soy responsable de cualquier saldo impago. Autorizo la divulgación de información médica a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y a sus agentes y a mi compañía de seguros para fines de facturación y a otros proveedores de atención médica para la continuación del tratamiento, entendiéndolo que esto puede incluir registros de tratamiento por dependencia o abuso de drogas y/o alcohol; tratamiento de salud mental, incluyendo notas de psicoterapia; o pruebas, atención, tratamiento o informes relativos a la infección por VIH o enfermedades relacionadas.**

## Autorización para la divulgación de información médica:

Autorizo a Grace Health a divulgar información médica escrita y verbal con la(s) siguiente(s) persona(s) según se indica a continuación:

_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita
_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita
_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita
_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita

No deseo agregar personas adicionales para la divulgación de mi información médica.

## Consentimiento para el tratamiento - Menor de edad o tutela legal:

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) adulta(s) (mayor(es) de 18 años) a que busque(n) atención médica para mi hijo o pupilo legal (indicado como paciente arriba) cuando yo no pueda hacerlo y entiendo que al permitirles que busquen atención para el paciente, esto incluye, pero no se limita a la obtención de recetas, consentimiento para vacunas, medicamentos y procedimientos, y que toda la información médica, verbal y escrita, puede ser revelada y discutida con ellos:

_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita
_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita
_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita
_____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Escrita

No autorizo a ningún tutor o persona no legal a dar su consentimiento para el tratamiento médico del paciente mencionado.

**Entiendo que la información que se divulga puede incluir medicamentos, resultados de pruebas y plan de tratamiento, incluyendo el tratamiento de salud mental, dependencia o abuso de sustancias y pruebas o tratamiento para el VIH o el SIDA. Una vez divulgada la información, no está protegida por las normas federales de privacidad, por lo que existe la posibilidad de que la persona que recibe la información la vuelva a divulgar.**

\_\_\_\_\_  
Paciente/ Representante Legal  Padre  Guardian  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Fecha)