

Samaritan Health Ministries

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR SERVICIOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Comprendo que los servicios médicos, dental, y otros servicios de salud relacionados en Samaritan Health Ministries (SHM) son proporcionados por los prestan profesionales de la salud certificados y con licencia, como por ejemplo: médicos, médicos residentes, y dentistas, así como los proveedores de medicina alternativa, incluyendo enfermeros practicantes, asistentes médicos, matronas, trabajadores sociales y psicólogos. Entiendo que tengo el derecho de pedir ver a un médico en lugar de un profesional de la salud alternativa.
2. Yo entiendo además que la Ley de Texas se impone a la recuperación de daños y perjuicios de tal voluntario a cambio de recibir servicios de atención de la salud. Estas limitaciones incluyen inmunidad de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión, resultando en la muerte o lesiones a un paciente si: El voluntario estaba actuando de buena fe y en el curso y el alcance de los derechos de los voluntarios o de funciones dentro de la organización; El voluntario compromete la acción u omisión en el curso de la prestación de servicios de atención de la salud al paciente; Los servicios prestados están dentro del alcance de la licencia del voluntario; y Antes de que el voluntario proporciona servicios de atención de la salud, el paciente o, si el paciente es un menor de edad o de lo contrario es legalmente incompetente, padre del paciente, gestión de conservador, tutor legal u otra persona con responsabilidad legal para el cuidado del paciente firma una declaración por escrito que reconoce Que el voluntario está proporcionando atención que no se administra para o en espera de la compensación; y Las limitaciones sobre la recuperación de daños y perjuicios de la voluntaria a cambio de recibir los servicios de atención de la salud.
3. Como paciente de SHM, comprendo que si tengo una urgencia médica debo dirigirme a la sala de urgencias de un hospital.
4. Si es necesario en el curso de mi cuidado, yo consiento para mi Proveedor de Salud de SHM en conseguir acceso a mi historia de medicina, si disponible, de farmacias exteriores.
5. Los servicios se prestan independientemente de la raza, la residencia, la religión, los ingresos, el sexo, la edad, el país de procedencia, el color, las preferencias sexuales o las preferencias de anticonceptivos.
6. Tengo entendido que mis registros son confidenciales. **He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Samaritan Health Ministries, el cual explica como mi información médica y psicológica será usada y compartida.**

Comprendo la información anterior y voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para recibir servicios de la clínica para mí o el menor a quien acompaño. Comprendo que este consentimiento es válido hasta que sea revocado por escrito.

Firma del paciente o adulto autorizado: _____ Fecha: _____

Firma del intérprete, de haber alguno: _____

Nombre del adulto autorizado (si se trata de un menor): _____