



El Centro de Corazón

Consent for Treatment

Name of client: _____ Date of Birth: ____/____/____ MRN _____

I hereby and voluntarily consent to authorize the physicians, midlevel providers (i.e. Physician Assistants and Advanced Practice Registered Nurses) dentists, behavioral health providers, and El Centro staff to provide health care services to me at their service locations. The health care services may include routine physical examinations, mental assessment, diagnostic and monitoring tests and procedures, medical or dental treatment, routine laboratory work, such as blood, urine and other studies, x-rays and ultrasounds heart tracing (EKG), and administration of medications. The health care services also may include counseling services necessary to receive appropriate services including family planning services as defined by federal or state regulations.

I hereby consent to the diagnosis and treatment of any infectious, contagious, or communicable disease that is required to be reported. I hereby consent to the examination and treatment for drug or chemical addiction, drug or chemical dependency or any other condition directly related to drug or chemical use.

I consent to counseling by a medical, dental, or mental health provider for sexual, physical, or emotional abuse, suicide prevention, or chemical addiction or dependency.

I understand that I will be asked to sign a separate informed consent for each vaccine to be administered to me and will receive a Vaccine Information Statement (VIS) for each vaccine. I understand that there is a separate consent form that I may be asked to sign to be tested for infectious conditions.

I understand that although every effort will be made to keep all risks and side effects to a minimum, risks, side effects, and complications can be unpredictable both in nature and severity. I also understand that there are no guarantees being made to me concerning the results of the treatment provided or the effectiveness of any birth control methods prescribed for me.

I have received the Patient and Center Rights and Responsibilities and understand my rights as stated in the document.

I certify that I fully understand this consent for treatment, the use of midlevel providers, and that the facts indicated above are true. I have been given an opportunity to ask questions about the services to be provided by El Centro and I believe that I have sufficient information to give this consent.

I understand that this consent is valid and remains in effect as long as I am a patient of El Centro de Corazón, until I withdraw my consent, or until El Centro changes its services and requests a new consent form.

Patient Signature, Parent or legal guardian, if minor patient _____
Print Name _____
Date Time

Interpreter/Translator to complete when applicable: I have accurately and completely read/translated the foregoing document to:

Patient's or Patient's Legal Representative's Name

in _____, the Patient's or Patient's Legal Representative's primary language. S/He understood all of the terms and conditions and acknowledged his/her agreement and consent thereto by signing the document in my presence.

Translated By:

Signature of Interpreter/Translator _____
Print Name of Interpreter/Translator _____
Date Time

Witness (Staff) _____
Print Name _____
Date Time



El Centro de Corazón

Consentimiento para Tratamiento Médico

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MRN _____

Por la presente doy mi consentimiento voluntario para autorizar a los médicos, proveedores de nivel medio (es decir, asistentes médicos y enfermeras registradas de práctica avanzada), dentistas, proveedores de comportamiento de salud mental y personal de El Centro a brindarme servicios de atención médica en sus lugares de servicio. Los servicios de atención médica pueden incluir exámenes físicos de rutina, evaluación mental, pruebas y procedimientos de diagnóstico y seguimiento, tratamiento médico o dental, análisis de laboratorio de rutina, como análisis de sangre, orina y otros estudios, radiografías y ultrasonidos, rastreo cardíaco (EKG) y administración de medicamentos. Los servicios de atención médica también pueden incluir servicios de asesoramiento necesarios para recibir los servicios adecuados, incluidos los servicios de planificación familiar, según lo definen las regulaciones federales o estatales.

Por la presente doy mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible que deba ser reportada.

Por la presente doy mi consentimiento para el examen y tratamiento de adicción a drogas o sustancias químicas, dependencia de drogas o sustancias químicas o cualquier otra condición directamente relacionada con el uso de drogas o sustancias químicas.

Doy mi consentimiento para recibir asesoramiento de un proveedor médico, dental o de salud mental por abuso sexual, físico o emocional, prevención del suicidio o adicción o dependencia química.

Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento informado por separado para cada vacuna que me administrarán y que recibiré una Declaración de información sobre la vacuna (VIS) para cada vacuna. Entiendo que hay un formulario de consentimiento por separado que se me puede pedir que firme para que me hagan pruebas de enfermedades infecciosas.

Entiendo que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos y efectos secundarios al mínimo, los riesgos, efectos secundarios y complicaciones pueden ser impredecibles tanto en naturaleza como en gravedad. También entiendo que no se me ofrecen garantías con respecto a los resultados del tratamiento brindado o la efectividad de ningún método anticonceptivo que me hayan recetado.

He recibido los *Derechos y Responsabilidades del Centro y del Paciente* y comprendo mis derechos tal como se indican en el documento.

Certifico que entiendo completamente este consentimiento para el tratamiento, el uso de proveedores de nivel medio y que los hechos indicados anteriormente son ciertos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios que proporcionará El Centro y creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento.

Entiendo que este consentimiento es válido y permanece vigente mientras sea paciente de El Centro de Corazón, hasta que retire mi consentimiento, o hasta que El Centro cambie sus servicios y solicite un nuevo formulario de consentimiento.

Firma del paciente, padre o tutor legal, si es paciente menor

Imprimir Nombre

Fecha Hora

Intérprete/Traductor para completar cuando corresponda: He leído/traducido de manera precisa y completa el documento anterior a:

Nombre del paciente o representante legal del paciente

en _____, el idioma principal del paciente o del representante legal del paciente. Él/ella entendió todos los términos y condiciones y reconoció su acuerdo y consentimiento al firmar el documento en mi presencia.

Traducido por:

Firma del intérprete/Traductor

Imprimir nombre del intérprete/Traductor

Fecha Hora

Testigo (Personal)

Imprimir Nombre

Fecha Hora