

## GENERAL MEDICAL CONSENT TO TREAT & PRIVACY PRACTICES

**Patient Label**

### CONSENT FOR MEDICAL AND DENTAL SERVICES PERFORMED AT CHILDREN'S CLINICS

I consent to the clinical examination and treatment, including any therapy, x-ray examination, dental treatment, pharmaceuticals, and laboratory procedures rendered the patient under the general and special instructions of the physician or dentist assigned or designated by Children's Clinics.

### OBSERVERS

I consent to observation and/or demonstration of the patient during medical treatment or procedures, for the purpose of educating physicians, medical students, student nurses and therapists, and any other proper student or technician whose presence is deemed appropriate by the attending practitioner.

### ROUTINE USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

The clinic may disclose all or any part of the patient's record to carry out treatment, payment, or healthcare operations. Protected health information may be shared with the physician or agency who referred the patient to the clinic, the physician(s) who will be providing continuing care, hospitals, insurance companies, or other organizations responsible for any part of the patient's clinic or hospital expense, or any person or corporation which is deemed by the Clinic to have proper interest therein. The clinic may use and disclose medical information to contact the patient/guardian at the phone number listed in the medical record as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care at the Children's Clinic. The clinic may use and disclose medical information to contact the patient or guardian regarding lab, x-ray or other results related to the treatment or medical care at the Children's Clinics. I am aware that Children's Clinic's participates with Health Information Network of Arizona (HINAZ) and understand that my medical records are available for viewing by authorized individuals involved with my care unless I have specifically chosen not to participate. I have been given the notice of Health Information Practices (HINAZ). I am aware that I may request a change in my participation decision at any time.

### PREFERRED COMMUNICATIONS

For the purpose of appointment reminders, receiving lab, x-ray and diagnostic test results, please contact me at the following:

Name: \_\_\_\_\_ Home # \_\_\_\_\_ Work # \_\_\_\_\_ Cell # \_\_\_\_\_

### ADVANCE DIRECTIVES

Does the patient have an advance directive, such as a:

Do Not Resuscitate (DNR), Allow Natural Death (AND), living will or power of attorney? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No.

If yes, please provide our office with a copy. If no, would you like information on any of the above? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_ No

### PATIENTS UNACCOMPANIED BY GUARDIAN

A legal guardian must be present for the first visit. Procedures requiring informed consent will not be carried out if the patient's legal guardian is not present (Botox injections, videonasendoscopy, joint aspirations, tooth extractions, etc). Decisions regarding surgery and off-site procedures will not be made if the patient's legal guardian is not present.

For all other visits, In my absence, my child may be brought for treatment by the following person(s):

Name \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

### ACKNOWLEDGMENTS

*I acknowledge that Notice of the Children's Clinics Privacy Practices and Patient Rights & Responsibilities are available to me. I attest that I have legal authority to authorize medical treatment for the above-named patient.*

\_\_\_\_\_  
Consenting Party Printed Name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Consenting Party Signature / Date

\_\_\_\_\_  
Witness / Date

Language assistance provided by: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_  
Operator # (if Cyracom was used): \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO MÉDICO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Patient Label

### CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MÉDICOS Y DENTALES PRESTADOS EN CHILDREN'S CLINICS

Doy mi consentimiento para la examinación clínica y tratamiento, incluyendo cualquier terapia, examen de rayos X, tratamiento dental, procedimientos de laboratorio y farmacéuticos que se le efectúen al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico o dentista asignado o designado por Children's Clinics.

### OBSERVADORES

Doy mi consentimiento para que se demuestre y/u observe al paciente durante el tratamiento o procedimientos médicos con el propósito de educar a los médicos, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería y terapeutas, y a cualquier otro estudiante o técnico cuya presencia el profesional que presta cuidados considere apropiada.

### USOS DE RUTINA Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

La clínica puede divulgar toda o parte de la información del expediente del paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago o algunas otras actividades de cuidado de la salud. La información de salud protegida podría ser compartida con el médico o la agencia que refirió el paciente a la clínica, el (los) médico(s) que dará(n) cuidados continuos, hospitales, compañías de seguro u otras organizaciones responsables de cualquier parte de los costos de la clínica u hospitalarios del paciente, o con cualquier persona o corporación que la Clínica considere que tiene intereses justificados en ella. La clínica puede usar o divulgar información médica para ponerse en contacto con el paciente/tutor legal llamando al número de teléfono incluido en el expediente médico para recordarle que tiene una cita para atención médica o tratamiento en Children's Clinics. La clínica puede usar y divulgar información médica para contactar al paciente o al tutor legal para informar resultados de laboratorio, rayos X o de otro tipo relacionados con el tratamiento o cuidado médico en Children's Clinics. Estoy en conocimiento que Children's Clinics participa con la Health Information Network of Arizona (HINAZ, Red de información de salud de Arizona) y entiendo que mis expedientes médicos están disponibles para ser vistos por personas autorizadas que participan en mi cuidado, a menos que yo específicamente haya optado por no participar. Se me ha entregado el aviso de las Prácticas de Información de Salud (HINAZ). Estoy en conocimiento que puedo solicitar un cambio a mi decisión de participación en cualquier momento.

### FORMA DE COMUNICACIÓN PREFERIDA

Con el fin de recibir recordatorios de citas, resultados de exámenes de diagnóstico, rayos X y de laboratorio, favor de contactarse conmigo llamando a:

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º tel. del hogar \_\_\_\_\_ N.º tel. del trabajo \_\_\_\_\_ N.º celular \_\_\_\_\_

### DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS

¿Tiene el paciente una directiva médica anticipada, tales como:

Orden de No Resucitar (DNR), Permitir la Muerte Natural (AND), testamento vital o poder notarial de la salud?  Sí  No.

Si respondió sí, entregue una copia a nuestra oficina. Si respondió no, ¿le gustaría recibir información sobre lo anteriormente mencionado?  
 Sí  No

### PACIENTES NO ACOMPAÑADOS POR EL TUTOR LEGAL

Un tutor legal debe estar presente en la primera visita. Los procedimientos que requieran de un consentimiento informado no se llevarán a cabo si el tutor legal del paciente no está presente (inyecciones de Botox, endoscopia nasal, aspiraciones articulares, extracciones de dientes, etc.). Las decisiones relacionadas con cirugías y procedimientos fuera de la clínica no se tomarán si el tutor legal del paciente no está presente.

Para todas las otras visitas, en mi ausencia, a mi hijo lo puede(n) traer la(s) siguiente(s) persona(s) para recibir tratamiento:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### RATIFICACIONES

*Ratifico que se encuentran disponibles para mi uso el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de Children's Clinics y el de los Derechos y Responsabilidades del Paciente.*

*Certifico que tengo autoridad legal para autorizar el tratamiento médico del paciente que se menciona arriba.*

Parte que da el consentimiento

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Parte que da el consentimiento

Firma / Fecha

Testigo / Fecha

Asistencia de idioma proporcionada por: \_\_\_\_\_  
N.º de operador (si se usó CyraCom): \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_