

Consentimiento General para el Tratamiento y el Derecho a Rechazar el Tratamiento
(General Consent to Treatment and Right to Refuse)

Consentimiento general para tratamiento: Al firmar abajo, Yo, (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a la Clínica Ortopedia y Medicina del Deporte de Columbus (Columbus Orthopedic & Sports Medicine Clinic) y a su personal para llevar a cabo los exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos y proporcionar los medicamentos, tratamiento o terapia necesaria para evaluar eficazmente y mantener mi salud, y para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que es la responsabilidad de mis proveedores de salud individuales el tratar de explicarme las razones de cualquier examen particular, prueba o procedimiento, las opciones de tratamiento disponible y los riesgos comunes y cargos anticipados y de los beneficios asociados con estas opciones, así como cursos alternativos de tratamiento.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no me han dado garantías en cuanto a los resultados de mi evaluación y/o tratamiento. También entiendo que conservo el derecho a rechazar cualquier examen particular, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o se considere clínicamente necesario por mis proveedores individuales de tratamiento y atención de la salud.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Letra imprenta)

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/padres/conservador/guardián)

Reconocimiento de Recibo de la notificación de prácticas de privacidad

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de la Clínica Ortopedia y Medicina del Deporte de Columbus (Columbus Orthopedic & Sports Medicine Clinic). Nuestro **Aviso de Prácticas de Privacidad** proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Le animamos a que lo revise con cuidado, nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia de la Notificación modificada visitando nuestro sitio web <http://www.columbusorthopedics.com> o solicitando una copia de nuestro equipo de atención médica.

Yo reconozco que recibí la notificación de prácticas de privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente/padres/conservador/guardián)

Solo para uso de la oficina
Inability to Obtain Acknowledgement

To be completed only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained:

Signature of provider representative: _____ Date: _____

Reasons why the acknowledgement was not obtained:

Check Box if applicable.

Patient refused to sign

Other or comments: _____