



CONSENTIMIENTO PARA OPERACIÓN U OTRO PROCEDIMIENTO

Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente solicito y autorizo a Suzette Delgado MD y / o al / los médico (s) asociado (s) que pueda seleccionar, para que realice en el paciente lo siguiente: **esto consiste en un examen medicamente indicado incluyendo pero no limitado a un examen pélvico y físico por cuerpo, incluido mi senos y órganos genitales y / o operaciones quirúrgicas mencionadas**, cuya naturaleza me ha sido explicada por el medico en terminus completamente comprensibles para mí.

¿ACEPTAS LAS TRANFUCIONES DE SANGRE, en caso de emergencia? SI ó NO _____
Initials

1. He sido informada completamente por el médico en términos comprensibles para mí, todos los tratamientos alternativos médicos aceptables.
2. He sido informada completamente por el médico en terminos comprensibles para mí, los riesgos y consecuencias que están directamente asociados al (los) procedimiento quirúrgico que se describe a continuación.
3. He sido informada que tengo la opción de rechazar la operación ó procedimiento.
4. He sido informada completamente que la Dra. Delgado hace circuncisiones en la oficina. Estoy de acuerdo en que si solicito una circuncisión para mi bebé, se realizará en la oficina de la Dra. Delgado en lugar de en el hospital.
5. Doy mi consentimiento para la administración de los agentes anestésicos que sean seleccionados por los responsables de realizar el procedimiento.
6. Si surge alguna condición imprevista durante el curso de la operación, por la presente autorizo y solicito al médico y / o sus medicos asociados que se sometan a los procedimientos que consideren convenientes, que pueden ser adicionales o diferentes a los que están actualmente planificados.
7. También me informaron que existen otros riesgos, entre los que se incluyen, entre otros, la pérdida severa de sangre, las infecciones y los paros cardíacos que conllevan la realización de cualquier procedimiento quirúrgico.
8. Doy mi consentimiento para la eliminación apropiada por parte del hospital de cualquier tejido u otro material corporal que pueda eliminarse durante el curso del procedimiento.
9. Se me ha informado y reconozco que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que no se me han otorgado garantías con respecto a ninguno de los resultados o riesgos.
10. Asimismo, doy mi consentimiento para que mi cirujano (o su representante) realice una grabación de video o fotográfica de la operación (que permanecerá bajo la custodia de mi cirujano) para los fines que mi cirujano considere convenientes.

HE LEÍDO LOS PÁRRAFOS ANTERIORES Y SE EXPLICAN A MI SATISFACCIÓN.

Testigo (a la firma solamente)

Firma del paciente (o del padre o tutor legal)

Fecha de la firma

Hora

CERTIFICACIÓN DEL MEDICO

Women's Healthcare of Kendall, LLC, certifico que el paciente o uno autorizado para actuar en su nombre: (1) ha sido completamente informado por mí o por uno de mis médicos asociado(s), en términos comprensibles para el paciente, de la naturaleza del procedimiento quirúrgico, las alternativas en cuanto a tratamiento, y consecuencias de los riesgos para el paciente inherente o asociado con el procedimiento; y (2) ha autorizado el funcionamiento del procedimiento.

Firma del Médico

Fecha

Women's Healthcare of Kendall es un consultorio médico regulado de acuerdo con las reglas de la Junta de Medicina según lo establecido en la división de reglas 64B8, F.A.C



Consentimiento informado de la prueba del VIH

Doy mi consentimiento para una prueba de inmunodeficiencia humana (VIH), que es para determinar si una persona está infectada con el virus, que causa el SIDA.

Entiendo que:

1. La prueba de sangre para el VIH no es 100% precisa y, a veces, produce resultados falsos positivos o falsos negativos.
2. Más de un análisis de sangre puede ser necesario para confirmar resultados positivos.
3. La información que me identifique y los resultados de las pruebas serán confidenciales y solo aquellos requeridos o permitidos por la ley conocerán los resultados y mi identidad.
4. Los resultados de mi prueba de VIH se pueden divulgar a aquellos a quienes autorizo por escrito para que vean o copien mi registro médico.
5. Se me proporcionarán los resultados de la prueba y la oportunidad de recibir asesoramiento de mi médico posterior a la prueba.

Reconozco que he recibido información sobre medidas para la prevención, exposición y transmisión del VIH.

Fecha

Hora

Firma del paciente / Tutor Legal

Fecha

Hora

Testigo

PHYSICIAN ACKNOWLEDGEMENT

He brindado asesoramiento previo a la prueba, incluidas medidas para la prevención, la exposición y la transmisión del VIH, y el derecho al tratamiento confidencial de los resultados de la prueba y la identidad del paciente según lo estipulado por la ley. Después de explicar los resultados al paciente, le daré la oportunidad de recibir asesoramiento posterior a la prueba

Fecha

Hora

Firma del Médico



AVISO DE PACIENTE OBSTETRICO

Recibí información proporcionada por **Women's Healthcare of Kendall, LLC**, preparada por la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de la Florida, y se me informó que Women's Healthcare of Kendall, LLC puede ser un médico participante en ese programa, en el que ciertas compensaciones limitadas están disponibles en el caso de que ocurra cierta lesión neurológica durante el trabajo de parto, el parto, o la reanimación. Para detalles específicos sobre el programa, entiendo que puedo contratar a la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas **Relacionadas con el Nacimiento de la Florida (NICA)**,

PO Box 14567, Tallahassee, Florida 32317-4567, (800)398-2129.

Además, reconozco que he recibido una copia del folleto preparado por NICA.

Fecha este _____ día de _____, 20_____.

Firma del PACIENTE

(Nombre del Paciente)

Número de Seguro Social _____

Dar fe:

Médico o Enfermera: _____

Fecha: _____



Women's Healthcare of Kendall, LLC
10700 North Kendall Drive
Suite 200
Miami, FL 33176
P: 305.270.7999 F: 305.270.6788

E-MAIL CONSENT FORM

Patient Name: _____

Date: _____

Patient E-mail address: _____

Phone: _____

1. RISK OF USING EMAIL TO COMMUNICATE WITH OUR PROVIDER.

You provider offers patients the opportunity to communicate by e-mail. Transmitting patient information b e-mail has a number of risks that patients should consider before using e-mail communication. These include, but not limited to, the following risks:

- a. E-mails can be circulated, forward, and stored in numerous paper and electronic files.
- b. E-mails can be immediately broadcast worldwide and be received by unintended recipients.
- c. E-mail senders can easily type in the wrong email address.
- d. E-mail is easier to falsify handwritten or signed documents.
- e. Backup copies of e-mail may exist even after the sender or recipient has deleted his or her copy.
- f. Employers and on-line services have a right to archive and inspect e-mails transmitted through their system.
- g. E-mail can be intercepted, altered, forward, or used without authorization or detection.
- h. E-mail can be used to introduce viruses into the computer system.
- i. E-mail can be used as evidence in court.

2. CONDITIONS FOR THE USE OF E-MAIL:

Provider will use reasonable means to protect the security and confidentiality of e-mail information sent and received. However, because of the risks outlined above, Provider cannot guarantee the security and confidential of e-mail communication, and will not be liable for improper disclosure of confidential information that is not caused by Provider's intentions misconduct. Thus, the patient must consent to the use of email for patient information. Consent to the use of e-mail includes agreement with the following conditions.

- a. All e-mails to or from the patient concerning diagnosis or treatment will be printed out and made part of the patient medical record. Because they are part of the medical record, other individual authorized to access the medical record will have access to those e-mails.
- b. Provider may forward e-mails internally to Provider's staff and agent necessary for diagnosis, treatment, reimbursement, and other handling. Provider will not, however, forward emails to independent third parties without the patients prior written consent, except as authorized or required by law.
- c. The patient is responsible for protecting his/her password or other means of access to e-mail. Provider is not liable for breaches of confidentiality caused by the patient or any third party.
- d. Provider shall not engage in e-mail communication that is unlawful, such as unlawfully practicing medicine across state lines.
- e. It is patient' responsibility to follow-up and/or scheduled an appointment.

3. PATIENT RESPONSIBILITIES AND INSTRUCTIONS.

To communicate by e-mail, the patient shall:

- a. Limit or avoid using his/her employer's computer.
- b. Inform Provider of changes to his/her e-mail address.
- c. Confirm that he/she has received and read the e-mail from the Provider.
- d. Put the Patient's name in the body of the e-mail.
- e. Include the category of the communication in the e-mail's subject line, for routing purposes (e.g. billing and questions).

- f. Take precautions to preserve the confidentiality of e-mail, such as using screen savers and safeguarding his/her computer password.
- g. Withdraw consent only by e-mail or written communication to Provider

E-MAIL CONSENT FORM

4. TERMINATION OF THE E-MAIL RELATIONSHIP.

The Provider shall have the right to immediately terminate the e-mail relationship with you if determined in the sole Provider's discretion, that you have violated the terms and condition set forth above or otherwise breached agreement, or have engaged in conduct which the Provider determines to be unacceptable.

PATIENT ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT

I have discussed with the Provider or his/her representative and I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with the communication of e-mail between the Provider and me, and consent to the conditions herein. I agree to the instruction outlined herein, as well as any other instructions that my Provider may impose to communicate with patients by e-mail. Any questions I may had were answered.

Patient Name (print) _____

Patient Signature _____ Date _____

HOLD HARMLESS

I agree to indemnify and hold harmless the Provider and its trustees, officers, directors, employees, agents, information providers and suppliers, and website designer and maintainers from and against all losses, expenses, damages and costs, including reasonable attorney's fees relating to or arising from any information loss due to technical failure, my use of the Internet to communicate with the Providers, and any breach by me of these restrictions and conditions.

Patient Name (print) _____

Patient Signature _____ Date _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE



Nuestro Aviso de las Practicas de Privacidad le advierte como podemos utilizar y difundir información referente a su salud que normalmente es considerada restringida. El aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que explica sus derechos segun la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si nuestro aviso llegase a cambiar, usted puede obtener una copia solicitandola a nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de solicitar que limitemos la forma en que la información médica protegida sobre usted se usa para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones hechas en base de un consentimiento previo. Women's Healthcare of Kendall, LLC le proporciona este formulario para cumplir con el Acta de Transferencia y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 (HIPPA).

El paciente entiende que:

- La información protegida de su salud puede ser difundida con fines de tratamientos, pagos o intervenciones relacionadas con el cuidado de su salud.
- Women's Healthcare of Kendall, LLC tiene un "Aviso de Practicas de Privacidad", y el paciente tiene la oportunidad de revisar este documento.
- Women's Healthcare of Kendall, LLC se reserva el derecho de cambiar el "Aviso de Practicas de Privacidad".
- El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero Women's Healthcare of Kendall, LLC no está obligado a aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, deteniendo asi toda divulgación futura.
- Women's Healthcare of Kendall, LLC puede ajustar el tratamiento de acuerdo con este consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por:

Firma

Nombre - letra imprenta del Paciente o
de su Representante

Vínculo con el paciente (si la firma es de otro): _____

Fecha: _____/_____/_____

Testigo de Womne's Healthcare of Kendall, LLC.: _____



REGISTRO DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad HIPPA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). También se le otorga al individuo el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que se realice una comunicación de PHI por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en

lugar de a la casa.

Deseo ser contactada de la siguiente manera (marquee todo lo que corresponda):

- Al teléfono de casa** _____ **Comunicaciones por escrito**
- Se puede dejar mensajes detallados Se puede enviar correspondencia
- Dejar mensaje y número de devolución de llamada Se puede enviar correspondencia al trabajo
- Dejar mensaje con número de telefono solamente Se puede enviar a este fax _____

- Celular** _____ **Other (otra situacion)**
- Teléfono de trabajo** _____

- Se puede dejar mensajes detallados
- Dejar mensaje con número de teléfono solamente

FIRMA DEL PACIENTE

Fecha

NOMBRE

Fecha de nacimiento

¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE EN SU EN SU MÁQUINA CONTESTADORA?

SI NO N/A

¿PODEMOS CONTACTARLA AL TRABAJO?

SI NO N/A

¿PODEMOS DISCUTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA CON SU ESPOSO O MIEMBRO DE LA FAMILIA?

SI NO N/A

NOTIFICACIONES ESPECIALES – FAVOR DE EXPLICAR):

Yo autorizo que, toda la información médica necesaria para procesar cualquiera de mis reclamos a mi compañía de seguro sea puesta a disposición de ésta. Asimismo autorizo el pago de mis beneficios directamente a Women's Healthcare of Kendall, LLC. Entiendo y acepto que, independiente de mi estatus de seguro, soy totalmente responsable de mi cuenta por los servicios recibidos en esta oficina. En caso de que esta cuenta fuese enviada a un servicio de cobranza, todos los gastos que se acumulen de este recurso legal son también de mi responsabilidad. El/la suscrito(a) consiente que al firmar como padre, esposo(a), fiador, guardián o paciente, asume la responsabilidad y obligación por cualquier balance pendiente que derive a causa de tratamiento médico a dicho paciente. En caso de que la cuenta fuese referida a un abogado(a), el/la suscrito(a) pagará dichas cuentas legales y asumirá costos de colección.

FIRMA _____

FECHA _____

NOMBRE _____