

**PARKLAND HEALTH**  
Dallas, Texas

**CONSENTIMIENTO PARA  
TRATAMIENTO  
MÉDICO AMBULATORIO  
(AMBULATORY CONSENT TO  
MEDICAL TREATMENT)**



ACT296

Place Demographic Label Here  
If label not available, please complete manually.

MRN: \_\_\_\_\_ Name (Last, First): \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_

HAR: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

CSN: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO Y FOTOGRAFÍAS

- Por la presente consiento y autorizo de manera voluntaria al Parkland Health (Parkland) para que me brinden cuidados que incluyan todos los tratamientos terapéuticos y de diagnóstico, tales como las pruebas del VIH, que se consideren necesarios o recomendables según el criterio del médico tratante o su delegado. Al firmar este formulario, no renuncio a mi derecho a negarme a las pruebas o tratamientos recomendados.
- Entiendo que Parkland funciona en parte como una institución educativa, y reconozco y autorizo a Parkland para que haga uso de mí, como paciente, y de mis expedientes médicos, exámenes de laboratorio, muestras y resultados de diagnóstico a su criterio exclusivo y cuando lo requiera con fines de educativos o para pruebas en máquinas.
- Entiendo que se pueden tomar fotografías o grabar videos, materiales digitales y otras imágenes a fin de documentar la atención médica que recibo y autorizo estos registros audiovisuales. Entiendo que estas imágenes se almacenarán en un lugar seguro para proteger mi privacidad y se conservarán durante el tiempo que la ley disponga o que se indique en los procedimientos de Parkland. Las imágenes que me identifican serán publicadas o usadas fuera de Parkland sólo con mi autorización por escrito o la de mi representante legal.

### RECONOCIMIENTO DEL USO Y TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SALUD ENTIENDO LO SIGUIENTE:

- El personal de Parkland y mi médico crean y llevan un registro de la atención y los servicios que me proporcionan.
- La información sobre mi tratamiento, mis pagos u operaciones de atención médica se puede usar o transmitir durante la administración y prestación de la atención y los servicios proporcionados por Parkland.
- Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Parkland, en el que se describen los usos y el intercambio de mi información confidencial de salud.
- Recibí, leí y entendí la Declaración de derechos del paciente que se encuentra en el reverso de este formulario.

### AVISO DE INTERCAMBIO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Entiendo que Parkland participa en un programa de intercambio de historias clínicas por vía electrónica y comparte o recibe información sobre mí con otros médicos y centros que me prestan servicios de salud. La información que se intercambia incluye diagnósticos y tratamientos y solamente se realiza con fines de tratamiento. Los expedientes que se intercambian pueden contener información confidencial de salud, como pruebas genéticas, información sobre salud mental, enfermedades transmisibles, embarazo, adicciones y salud conductual. Si no deseo que se comparta o reciba información mediante el intercambio electrónico, me comprometo a informarlo al personal de enfermería o al médico.

### CONSERVACIÓN DE LOS REGISTROS

Parkland **PUEDA** autorizar que se elimine de la historia clínica la información sobre el paciente durante o después de los periodos establecidos en el Código de Salud y Seguridad de Texas.

### BIENES DE LOS PACIENTES

Entiendo que Parkland no asume la responsabilidad de la custodia de ningún bien personal que yo decida guardar durante mi estadía (como, por ejemplo, carteras, bolsos, dentaduras, audífonos, teléfonos celulares, computadoras personales o aparatos electrónicos, bastones, ropa, joyas, gafas, lentes de contacto u otros objetos de valor).

**Leí y entiendo el contenido de la parte frontal y posterior de este formulario. Me explicaron la información a mi satisfacción, y acepto y estoy de acuerdo con los puntos contenidos en este Consentimiento para tratamiento médico ambulatorio.**

Firma del paciente, tutor o representante legal

Nombre en letra de imprenta del paciente, tutor o representante legal autorizado

Fecha

Hora

Relación con el paciente (si corresponde)

Firma del representante de Parkland

Nombre en letra de imprenta del representante de Parkland

No. de ID

Fecha

Hora

Firma del intérprete, si corresponde

Nombre en letra de imprenta del intérprete

No. de ID

Fecha

Hora

**PARKLAND HEALTH**  
Dallas, Texas

**CONSENTIMIENTO PARA  
TRATAMIENTO  
MÉDICO AMBULATORIO  
(AMBULATORY CONSENT TO  
MEDICAL TREATMENT)**



ACT296

Place Demographic Label Here  
If label not available, please complete manually.

MRN: \_\_\_\_\_ Name (Last, First): \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_  
HAR: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

**COMO PACIENTE, TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS:**

1. a participar en la elaboración y aplicación de su plan de atención médica;
2. a la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su atención, tratamiento y servicios;
3. a solicitar, aceptar o rehusar tratamientos y a recibir información de las consecuencias médicas de sus decisiones;
4. a formular sus voluntades anticipadas, a que el personal y los profesionales del hospital cumplan estas voluntades y a nombrar a un sustituto para que tome decisiones sobre temas de salud en su nombre;
5. a que las personas y los médicos que usted elija reciban pronto aviso sobre su ingreso en el hospital;
6. a su privacidad personal y a un entorno donde se respete su dignidad y se aporte a su imagen positiva;
7. a una atención considerada y respetuosa (por ejemplo, que tenga en cuenta los factores psicosociales, espirituales y culturales que influyen en la percepción de una enfermedad);
8. a recibir atención en un entorno seguro, sin negligencia, explotación, abuso ni acoso;
9. a la confidencialidad de su información y de su historia clínica;
10. a que usted o su representante legal accedan a la información de su historia clínica en un plazo razonable;
11. a que no se le someta a restricciones ni aislamiento, si no es necesario por razones médicas o para garantizar de inmediato su seguridad física, la del personal o la de otras persona, y si estas medidas son necesarias, a que se tomen de forma segura.
12. a recibir visitas (incluso de las personas de apoyo), siempre con sujeción a las restricciones o limitaciones clínicas, tales como el derecho a determinar quién puede o no puede visitarle;
13. a una respuesta razonable a las solicitudes y necesidades de tratamiento o servicios, independientemente de su edad, raza, etnia, nacionalidad, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, situación socioeconómica, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género;
14. a cuidados terminales que optimicen su comodidad y dignidad, controlen el dolor de manera eficaz y en los que se consideren las cuestiones psicosociales, espirituales y culturales;
15. a recibir información sobre los derechos y el proceso de atención de quejas de los pacientes;
16. a participar en la deliberación y resolución de cuestiones éticas que afectan a su atención médica;
17. a recibir información sobre proyectos de experimentación, investigación o educación que afecten su tratamiento y negarse a participar en cualquiera de estas actividades sin perjudicar su acceso a los servicios de salud;
18. a contar con un representante legal autorizado para que ejerza estos derechos en su nombre en la medida en que lo permita la ley;
19. a recibir información de una manera que pueda entender;
20. a dar o negar su consentimiento en relación con la producción o el uso de sus grabaciones, películas, fotografías, videos u otras imágenes que se registren para fines distintos de la prestación de servicios de salud, y también a que se suspenda dicha producción o uso;
21. a recibir información sobre las personas encargadas de prestarle servicios de salud, tales como estudiantes de medicina, personal de enfermería y otros proveedores de salud que colaboran en su atención;
22. a acceder a los servicios de protección y defensa.
23. a recibir información sobre la política del hospital en relación con la reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de que su función circulatoria o respiratoria se detenga y a comunicar su voluntad y participar en las decisiones de tratamiento en cuanto a la RCP.

**LOS MENORES DE EDAD QUE RECIBAN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN MÉDICA INTEGRAL TIENEN LOS SIGUIENTES DERECHOS:**

1. a un tratamiento adecuado en el entorno menos restrictivo disponible;
2. a no recibir medicamentos innecesarios o excesivos;
3. a un plan de tratamiento personalizado y a participar en su elaboración;
4. a un entorno de tratamiento humano que brinde una protección justa contra los daños y una privacidad adecuada para las necesidades personales;
5. a estar aparte de los pacientes adultos;
6. a mantener una comunicación continua con su familia

**USTED TIENE LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE:**

1. proporcionar información completa y precisa que facilite su atención, tratamiento y servicios;
2. hacer preguntas o reconocer cuando no entiende un tratamiento o decisión de atención médica;
3. seguir su plan de tratamiento y las instrucciones, normas y reglamentos del hospital;
4. respetar los derechos de los demás y ser considerado y respetuoso con los pacientes, los visitantes y el personal;
5. cumplir con las obligaciones financieras con el hospital y el médico;
6. obtener el consentimiento previo del personal de enfermería o del equipo clínico cada vez que vaya a salir de la unidad de tratamiento y, de obtener aprobación, ir solamente al primer piso del hospital o a la zona verde y regresar en el plazo de una hora.

**PREOCUPACIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA**

Tiene derecho a informarnos cuando tenga una preocupación o una queja sobre sus servicios de salud. Si presenta una inquietud, su atención no se verá afectada de ninguna manera. La forma más rápida de abordar un problema es hablar con el personal de enfermería u otro profesional de la salud. Si considera que no se le está prestando la atención adecuada a un asunto, comuníquese con el Departamento de Relaciones con los Pacientes de Parkland llamando al 469-419-0820. Un representante se pondrá en contacto con usted en un plazo de 48 horas. Puede presentar una queja directamente ante un organismo de supervisión, sin importar si ya siguió el proceso de quejas de Parkland. Si considera que Parkland no está atendiendo su inquietud, puede comunicarse con

**Texas Department of State Health Services**  
Health Facility Compliance Group (MC1979)  
P.O. Box 149347  
Austin, TX 78714-9347  
888-973-0022

**The Joint Commission**  
Office of Quality and Patient Safety  
One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181  
1-800-994-6610  
Fax: 630-792-5636

**KEPRO (para pacientes con Medicare)**  
5201 West Kennedy Boulevard, Suite 900  
Tampa, FL 33609  
1-888-315-0636 or TTY 1-855-843-4776  
Toll-free Fax: 844-878-7921

**Oficina para los Derechos Civiles (temas de discriminación)**  
U.S. Department of Health & Human Services  
1301 Young Street, Suite 1169  
Dallas, TX 75202  
800-669-4000