



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA UN MENOR DE EDAD

**Dar el consentimiento general es opcional y,
en su lugar, puede darlo según la situación.
Un padre o una madre puede cancelar el
consentimiento en cualquier momento.**

Nombre del paciente menor de edad: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

1. **Autoridad.** Soy el padre/madre, tutor u otra persona legalmente autorizada por la ley de Idaho para dar mi consentimiento para servicios de atención médica para el paciente menor de edad según el Código § 32-1015 de Idaho.
2. **Consentimiento para recibir tratamiento.** Voluntariamente doy mi consentimiento general y autorizo a Primary Health Medical Group ("PHMG") y a sus médicos empleados o afiliados, proveedores de atención médica y personal (colectivamente "proveedores") a prestar servicios de atención médica al paciente menor de edad, según lo considere necesario y apropiado el proveedor tratante, incluyendo, entre otros, la evaluación médica, el diagnóstico y el tratamiento, los servicios de diagnóstico, incluyendo los análisis de laboratorio o los procedimientos de radiología, las recetas y la administración de medicamentos, la consejería y cualquier otro servicio de atención médica según se define en I.C. § 32-1015.
3. **Información.** El proveedor explicó la naturaleza de los servicios de atención médica propuestos, las alternativas y sus riesgos y los beneficios relacionados, o renuncié a mi derecho a recibir esa información. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no me han hecho ninguna promesa ni me dieron ninguna garantía, ni pueden hacerlo, relacionada al resultado de los servicios de atención médica.
4. **Responsabilidad financiera.** Acepto que en definitiva soy responsable del pago de los servicios de atención médica prestados al paciente menor de edad y acepto cumplir las Políticas financieras de PHMG. Pagaré oportunamente cualquier copago, deducible u otras cantidades que no cubra el seguro aplicable o tercero pagador por todos los servicios de atención médica que reciba el paciente menor de edad. Cooperaré con PHMG para obtener el reembolso de los servicios de atención médica de cualquier tercero pagador y cedo a PHMG el derecho de presentar reclamos de pago a terceros pagadores y retener esos pagos. En la medida en que lo permita la ley, seguiré siendo responsable de cualquier cantidad que no pague cualquier tercero pagador por los servicios de atención médica. Si la cuenta del paciente menor de edad cae en mora, acepto pagar los intereses y cargos según las políticas económicas de PHMG.

Leí, entiendo y acepto lo mencionado arriba, y entiendo y reconozco que PHMG o sus proveedores prestarán servicios de atención médica basándose en este consentimiento.

Firma del padre/madre o tutor

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del padre/madre o tutor en letra de molde

Relación con el paciente menor de edad

Teléfono

Número de cuenta del paciente (completado por la oficina)