

## **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO**

### **Información del Paciente**

Nombre Completo del Niño:

Numero de Registro Medico:

Fecha de Nacimiento:

### **1. Propósito de Este Consentimiento**

Este consentimiento le permite a Central Oregon Pediatric Associates (COPA), incluyendo sus médicos, enfermeras especializadas, médicos asociados, enfermeras, clínicos de salud conductual, asistentes médicos, aprendices, y otro personal clínico supervisado, a proporcionar servicios de atención medica al niño nombrado anteriormente en cualquier de las localidades de COPA o entorno de telesalud aprobado.

### **2. Consentimiento Para la Atención Médica Rutinaria**

Consiento voluntariamente que mi hijo reciba atención y tratamiento médico que consideran necesario y apropiado los proveedores de atención médico de esta práctica. Esto podría incluir la toma de antecedentes, exámenes físicos, procedimientos de diagnóstico, exámenes de laboratorio, inmunizaciones, medicamentos, y otros servicios de atención medica rutinarios que se usan normalmente en la evaluación y el tratamiento de afecciones médicas.

Entiendo que se pueden realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos rutinarios asociados con la atención pediátrica preventiva y aguda, incluyendo las inmunizaciones según lo recomendado por las pautas clínicas, a menos que rechace un servicio específico.

Entiendo que la atención medica no es una ciencia exacta, y no se me han hecho garantías sobre los resultados de ninguna evaluación o tratamiento.

Entiendo que ciertos procedimientos, como la sedación, procedimientos quirúrgicos, el inicio de inmunoterapia para alergias, o procedimientos con riesgo significativo, requieren consentimiento escrito o verbal separado.

### **3. Consentimiento y Confidencialidad de Menores de Oregón (ORS 109.610–109.675)**

Entiendo que según la ley de Oregón:

- Los menores de 15 años o más pueden consentir su propio tratamiento médico, dental, y de salud mental.
- Los menores de cualquier edad pueden consentir en servicios de ITS/VIH, anticonceptivos, atención relacionada con el embarazo, y tratamiento de uso de sustancias.
- Cuando los menores autorizan su propia atención, puede que COPA no comparta detalles sobre las visitas, resultados, o información clínica con los padres/tutores sin el permiso por escrito del menor, a menos que la ley lo permita.
- El seguro médico puede seguir cobrándose por estos servicios, y los padres pueden recibir información de la aseguradora (Explicaciones de Beneficios, EOBs), que COPA no puede controlar.
- En raros casos, la ley estatal requiere que COPA divulgue información sin consentimiento si es necesario para prevenir daños graves, según lo que permite o exige la ley.
- En el caso de los servicios integrados de salud conductual, entiendo que la comunicación con los padres/tutores seguirá la ley de confidencialidad de menores de Oregón y el juicio clínico cuando existan preocupaciones de seguridad.

COPA cumplirá todas las leyes de confidencialidad de Oregón cuando se comunique con menores y los padres.

### **4. Servicios de Telesalud**

- Consiento que mi hijo reciba servicios de atención médica a través de telesalud, incluyendo la comunicación solo por audio o por audio/video, cuando sea clínicamente apropiado y se ofrezca por el proveedor. Entiendo que la telesalud puede implicar la transmisión electrónica de información e imágenes médicas.
- Entiendo que telesalud tiene beneficios y limitaciones potenciales, y que el proveedor puede determinar que mi hijo necesita un examen presencial, pruebas diagnósticas, atención de seguimiento, o servicios médicos de emergencia. Si el proveedor recomienda atención presencial o tratamiento de emergencia, soy responsable de buscar atención según lo indicado.

- Entiendo que soy responsable de asegurar que yo (y mi hijo, cuando sea aplicable) participemos en la visita de telesalud desde un lugar privado y seguro que respalde la confidencialidad y minimice las interrupciones o riesgos durante la visita.
- Puedo rechazar servicios de telesalud y pedir atención presencial en cualquier momento, salvo cuando este limitado por directrices de salud pública o por la ley estatal.

## **5. Consentimiento para Atención de Emergencia**

Si se requiere atención urgente o de emergencia y no se me puede localizar razonablemente, autorizo a COPA a actuar en el mejor interés de mi hijo, incluyendo:

- Proporcionando el tratamiento necesario
- Contactando con los servicios de emergencia
- Trasladando a mi hijo a un hospital o centro de emergencia
- Compartiendo información médica relevante con el personal de emergencias

## **6. Servicios de Salud Conductual**

Entiendo que, si se proporcionan servicios integrados de salud conductual, la información se compartirá con los padres/tutores en cumplimiento con las leyes de confidencialidad de menores de Oregón.

## **7. Evaluaciones de Necesidades Sociales y Seguridad**

Consiento que COPA lleve a cabo evaluaciones apropiadas para la edad incluyendo sobre desarrollo, conducta, salud mental, riesgo, y evaluaciones de necesidades sociales, según lo recomendado por las directrices pediátricas y de salud pública. Estas evaluaciones pueden incluir preguntas sobre las necesidades familiares, seguridad, vivienda, acceso a alimentos, o apoyo. La participación es voluntaria, y los resultados se utilizan solamente para ayudar con la coordinación de atención y recursos.

## **8. Uso y Divulgación de Información de la Salud**

Consiento el uso y la divulgación de información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago, y operaciones de atención médica, como se describe en el Aviso de Practicas de Privacidad. Esto puede incluir la comunicación con farmacias, laboratorios, instalaciones

radiológicas, hospitales, especialistas, profesionales de salud conductual y mental, y otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado de mi hijo.

Esta comunicación puede ocurrir verbalmente, electrónicamente, o por escrito con propósitos de consulta, referimiento, continuidad de la atención, y actividades de coordinación de cuidados.

Reconozco que se me ha ofrecido el Aviso de Practicas de Privacidad.

### **9. Responsabilidad Financiera**

Soy responsable de los cargos que no cubre el seguro médico. Autorizo a COPA a facturar mi seguro médico y liberar la información necesaria para el pago. Los copagos y cualquier porción requerida de los padres se deben pagar al tiempo del servicio. Entiendo que mi seguro médico puede no cubrir todos los servicios, y la cobertura esta dictada por los beneficios de mi plan, no por COPA. Ver la Política Financiera.

### **10. Consentimiento Para Fotografía Clínica (Opcional)**

Consiento a las fotografías o videos de mi hijo solo para la documentación clínica, almacenados en el registro médico. Estas imágenes no se utilizarán para la comercialización, investigaciones médicas, o enseñanza a menos que se proporcione autorización por escrito separada.

### **11. Derechos del Paciente y Padres/Tutor**

Reconozco que se me ha ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente y Padres/Tutor.

### **12. Consentimiento para la Comunicación, Referencias, y Coordinación de Cuidado**

COPA puede coordinar la atención con hospitales, especialistas, terapeutas, escuelas, y programas comunitarios implicados en el tratamiento del niño. Divulgaciones no relacionadas con el tratamiento requieren autorización por escrito separada. COPA puede ayudar a familias con referencias a recursos comunitarios, apoyo social, o servicios de coordinación de cuidados cuando sea apropiado.

### **13. Consentimiento a la Comunicación Electrónica**

Entiendo que correo electrónico, mensajes de texto, mensajes por el portal del paciente, y otra comunicación electrónica se pueden utilizar para recordatorios de citas, coordinación de cuidados, o comunicación relacionada con el tratamiento. COPA utiliza medios razonables de seguridad. Entiendo que la comunicación electrónica conlleva riesgos inherentes para la privacidad.

### **14. Custodia, Contacto, y Exactitud de la Información**

Estoy de acuerdo en proporcionar información demográfica, de custodia, y de seguro médico preciso, y notificar a COPA sobre cualquier cambio. COPA puede contar con la información proporcionada a menos que se actualice por escrito.

### **15. Reconocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad**

Reconozco que el Aviso de Practicas de Privacidad (NPP) de COPA se me ha sido puesto a disposición. Entiendo que describe como COPA puede utilizar y divulgar información sobre la salud y mis derechos según la ley federal.

### **15. Derecho a Retirar el Consentimiento**

Entiendo que puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que los servicios ya se hayan proporcionado. La retirada solo se aplicará a la atención futura y no requiere que COPA revierta acciones, divulgaciones, o facturaciones ya completadas.

#### **Firma:**

Nombre en letra de molde:

Fecha:

Relación al paciente:

Firma del Paciente o Padre/Representante Legal: