



EXPRESS PEDIATRIC CARE

CONSENTIMIENTO GENERAL

Las siguientes son condiciones para los servicios proporcionados por Express Pediatric Care para el paciente cuyo nombre aparece en la parte inferior de esta página.

Consentimiento para Tratamiento Médico

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento médico y los procedimientos de diagnóstico proporcionados por Express Pediatric Care.

Reconocimiento del Plan de Seguimiento del Paciente

La atención médica es una asociación en la que el médico y el paciente tienen responsabilidades. Es responsabilidad del proveedor, en consulta con el paciente / padre, llegar a un diagnóstico, mantenerlo informado sobre su diagnóstico y las opciones de tratamiento del curso, y explicar la importancia de cualquier seguimiento recomendado. Una vez que el diagnóstico y el curso del tratamiento se han establecido y acordado en colaboración, es responsabilidad del paciente seguir el plan de tratamiento acordado y regresar según lo recomendado para las evaluaciones continuas de la salud, la enfermedad y los resultados del tratamiento.

Doctores/Enfermeras/os en Práctica

Nuestros hospitales locales están enseñando instrucciones y cerca tenemos varias escuelas de enfermería y medicina. De forma regular, nuestros proveedores participan en la orientación de proveedores jóvenes y enfermeras en formación. A menudo, un estudiante de medicina trabajará con uno de nuestros proveedores. En esta oficina, nuestra prioridad es la comodidad y el bienestar de nuestros pacientes. Informe a nuestro personal lo antes posible si no desea que un estudiante de medicina o enfermería esté presente durante su visita, en cada visita.

Ponerse en Contacto con los Pacientes

Por la presente autorizo a Express Pediatric Care a comunicarse conmigo a través de la información proporcionada en el momento de la inscripción.

Política de Edad

Vemos a bebés, niños y adolescentes desde recién nacidos hasta los 18 años de edad. Una vez que un adolescente tiene 18 años y ha completado o terminado la escuela secundaria, sentimos que necesita encontrar un proveedor adulto y ya no puede venir a nuestra oficina para visitas de bienestar o enfermedad. Los pacientes establecidos pueden regresar para una última visita para un examen físico preuniversitario y / o vacunas.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____