Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Consentimiento General para Evaluación y Tratamiento

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

1. Consentimiento para recibir atención

Doy mi consentimiento voluntario para recibir evaluación y atención en Harmony Community Clinic. Esto puede incluir mi historia médica, exámenes físicos, signos vitales, pruebas de laboratorio (incluyendo extracción de sangre), pruebas de detección, referidos para estudios de imagen o especialistas, recetas, inyecciones y otros servicios de rutina apropiados para mi condición.

2. Quién me atiende

Entiendo que mi atención será brindada por Enfermeras de Práctica Avanzada (APRN, también llamadas nurse practitioners), enfermeras y personal clínico capacitado, dentro del alcance de su práctica según la ley de Florida. Una nurse practitioner no es médico. Cuando la ley de Florida lo requiere, las nurse practitioners trabajan bajo un protocolo escrito con un médico supervisor. Puedo preguntar por las credenciales de cualquier persona que participe en mi atención.

3. Procedimientos que requieren un consentimiento aparte

Algunos tratamientos, como los medicamentos para bajar de peso, la terapia IV, las inyecciones, la terapia con péptidos, la terapia hormonal y los procedimientos estéticos, tienen sus propios formularios de consentimiento. Esos formularios explican con más detalle los riesgos, beneficios y alternativas, y deben firmarse antes del tratamiento.

4. Riesgos y ausencia de garantías

Entiendo que incluso la atención de rutina, como la extracción de sangre y las inyecciones, tiene algunos riesgos, como dolor, moretones, desmayos, infección y reacciones alérgicas. Sin garantía: entiendo que la medicina no es una ciencia exacta. Los resultados varían de una persona a otra, y no se me ha hecho ninguna promesa ni garantía sobre los resultados de este tratamiento.

5. Laboratorios y servicios externos

Las muestras pueden enviarse a laboratorios externos. Los laboratorios, farmacias, centros de imagen y especialistas externos pueden cobrarme por separado.

6. Recetas e historial de medicamentos

Autorizo a Harmony Community Clinic a enviar recetas electrónicamente y a consultar mi historial de recetas en farmacias y bases de datos, incluyendo el programa de monitoreo de recetas de Florida (E-FORCSE), como se requiere antes de recetar ciertos medicamentos.

7. No es un centro de emergencias

Harmony Community Clinic no es una sala de emergencias ni un centro de urgencias. En una emergencia médica llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana.

8. Mis responsabilidades

- Dar información completa y verdadera sobre mi salud, mis medicamentos y suplementos.
- Seguir el plan de tratamiento que acepto, o avisar a mi proveedor si no puedo o decido no hacerlo.
- Asistir a las citas de seguimiento y hacerme los laboratorios que se ordenen para mi seguridad.
- Reportar a tiempo efectos secundarios o síntomas nuevos.

9. Vigencia

Este consentimiento aplica a todas mis visitas hasta que lo revoque por escrito. Revocarlo no afecta la atención ya brindada.

He leído y entiendo este consentimiento para evaluación y tratamiento. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Nombre y credenciales del proveedor	Firma del proveedor	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.