



Fairfax Neonatal Associates
 Pediatric Lung and Allergy Center (703) 289-1410
 Pediatric Surgical Group (703) 560-2236
 Pediatric and Adolescent Sleep Center (703) 226-2290 (Fairfax) | (540) 751-1955 (Purcellville)

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nac:** _____

Consentimiento General de Tratamiento (Padre/Protector de un Menor de Edad)

Yo autorizo los cuidados proporcionados, incluyendo el diagnóstico y el tratamiento terapéutico de los médicos y el personal del Pediatric Surgical Group, que se considere necesario o beneficioso para el paciente nombrado arriba (“el Niño”). El tratamiento puede incluir, pero no esta limitado al diagnóstico de radiología, procedimientos terapéuticos, procedimientos de laboratorio y la administración de medicamentos.

Reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al resultado del chequeo médico o el tratamiento de la condición del Niño. Entiendo que tengo el derecho de tomar desiciones respecto al cuidado de la salud del Niño, incluyendo el derecho a rechazar tratamientos médicos y quirúrgicos.

Mi firma abajo indica el reconocimiento de que:

1. He leído y estoy de acuerdo con todo lo anterior;
2. Yo doy mi autorización y consentimiento para el tratamiento del Niño; y
3. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.

Firma del Paciente/Representante Personal **Escriba su Nombre** **Fecha**

Aceptación de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que se me ha dado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente/Representante Personal **Escriba su Nombre** **Fecha**

Relación con el paciente, si firma el Representante Personal: _____

To be completed by office staff (if necessary)

Good faith efforts were made to obtain acknowledgment of receipt of the Notice of Privacy Practices from the patient or patient’s personal representative. The good faith efforts made and reason the acknowledgment could not be obtained were:

- Patient (or personal representative) refused to sign after being requested to do so.
- Emergency situation and patient (or personal representative) was unavailable to sign.
- Other: (please describe) _____