



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

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac:** \_\_\_\_\_

### Consentimiento General de Tratamiento (Adultos)

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. El tratamiento puede incluir, pero no está limitado al diagnóstico de radiología, procedimientos de laboratorio, terapéutico y la administración de medicamentos.

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

Mi firma abajo indica mi reconocimiento de que:

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
Escriba su Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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 refused to sign after being requested to do so.
- Emergency situation and patient was unavailable to sign.
- Other: (please describe) \_\_\_\_\_