

Consentimiento general al tratamiento y derecho a rechazar el tratamiento

Consentimiento general para el tratamiento: al firmar a continuación, yo, (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a Tigard Orthopaedic & Fracture Clinic y su personal para realizar exámenes de diagnóstico, pruebas y procedimientos, y para proporcionar los medicamentos, el tratamiento o la terapia necesarios para la eficacia. evaluar y mantener mi salud, y evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones. Entiendo que es responsabilidad de los proveedores de atención médica que me tratan individualmente explicarme los motivos de cualquier examen, prueba o procedimiento de diagnóstico en particular, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas y beneficios anticipados asociados con estas opciones, así como la alternativa. cursos de tratamiento.

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de mi evaluación y / o tratamiento. También entiendo que me reservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento en particular recomendado o considerado médicamente necesario por mis proveedores de atención médica individuales.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y FARMACIA

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia o centro de atención médica a proporcionar toda la información relacionada con mi historial médico o farmacéutico y el tratamiento a la Clínica de Fractura y Ortopedia Tigard. Además, permitiré que mi farmacia suministre la verificación de los beneficios. También autorizo a Tigard Orthopedic & Fracture Clinic a divulgar mi información médica a otros médicos según sea necesario para facilitar el tratamiento.

