



Versión revisada del consentimiento a partir de noviembre de 2025

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO EN SERVICIOS AMBULATORIOS

Sección 1: OUTPATIENT SERVICES CONSENT FOR PROCEDURES AND TREATMENT

Entiendo que Children's National Medical Center (Children's National) necesita que yo firme un consentimiento. Entiendo que necesito firmarlo antes de que a mi hijo o a mí, como paciente mayor de 18 años, nos puedan examinar o tratar. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que Children's National y sus empleados y/o contratistas, incluidos enfermeros de agencias, médicos y miembros del personal que no sean empleados del hospital (contratistas), examinen y traten a este paciente.

Yo, _____ doy mi consentimiento para que Children's National, sus empleados y/o contratistas, incluidos enfermeros de agencias, médicos y miembros del personal que no pertenezcan a Children's National, examinen y traten a _____.

Entiendo lo siguiente:

- Se pueden incluir pruebas y vacunas.
- Es posible que deba otorgar un consentimiento por escrito aparte para algunos tratamientos y procedimientos.
- **Puedo cancelar este consentimiento por escrito y/o limitar la divulgación de expedientes médicos. Si notifico por escrito a Children's National para cancelar este consentimiento, Children's National ya no podrá seguir examinando y tratando al paciente.**
- No hay garantías en cuanto a conclusiones ni resultados.

Este consentimiento para tratamiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma a continuación para todas las visitas a la clínica de servicios ambulatorios.

Sección 2: ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN

Entiendo que los aprendices, incluidos, entre otros, residentes, becarios, enfermeros practicantes y asistentes médicos, pueden realizar partes importantes de la atención que mi hijo o yo pueda recibir. Cada aprendiz tendrá las habilidades adecuadas para realizar la atención que se brinda y estará bajo la supervisión del proveedor principal. Entiendo que los nombres de los aprendices y las tareas que realicen se documentarán en el expediente médico.

EDUCACIÓN, PUBLICACIONES, COMERCIALIZACIÓN Y RECAUDACIÓN DE FONDOS

Acepto que Children's National pueda usar información médica no identificable del paciente, declaraciones, ilustraciones, videos o imágenes. Mientras no sea posible identificar al paciente, estos elementos se pueden usar para enseñanza, publicaciones educativas o médicas, comercialización y recaudación de fondos. Si la información identificable o la imagen de un paciente se usa en medios públicos, Children's National solicitará una autorización adicional del tutor legal del paciente.

MUESTRAS Y ANÁLISIS DE SANGRE

Entiendo que puede sobrar parte de la sangre, tejidos y otras muestras tomadas para pruebas o procedimientos después de que hayan finalizado. Acepto que se pueden usar para enseñanza, investigación o revisión de la historia clínica siempre que no se identifique al paciente. Estos usos los debe aprobar primero una Junta de Revisión Institucional y no están cubiertos por la ley de investigación en humanos de los EE. UU. Comprendo que un proveedor de atención médica puede entrar en contacto accidentalmente con la sangre o los fluidos corporales del paciente. Si esto ocurre, doy mi consentimiento para evaluar al paciente para identificar enfermedades infecciosas, incluso el VIH. Acepto que la persona expuesta puede recibir los resultados. Entiendo que la ley puede exigir que Children's National informe de algunas conclusiones médicas al gobierno.

OBSERVACIÓN Y MONITOREO

Entiendo que Children's National puede usar videos u otros dispositivos de grabación para tratamiento, enseñanza, monitoreo de la afección, progreso y seguridad del paciente u otros fines clínicos, incluida la mejora de la calidad relacionada con los servicios de Children's National. Las fotos creadas para estos fines no identificarán al paciente por su nombre. Esto no incluye fotos para publicidad que implican la firma de un consentimiento y un formulario de divulgación aparte.

Sección 3: TELEMEDICINA

Doy mi consentimiento para visitas de valoración y/o tratamientos de telemedicina con Children's Hospital. Entiendo que, como paciente participante, mi médico y yo nos comunicaremos por televisión interactiva (videoconferencia) con médicos, proveedores de salud mental y profesionales de la salud de Children's Hospital. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se pueden garantizar conclusiones ni resultados de estos exámenes y tratamientos. También entiendo que Children's Hospital enviará facturas a mi compañía de seguros por cualquier servicio de telemedicina relacionado; cualquier servicio no cubierto me lo facturarán a mí directamente.

Comprendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que el proveedor de atención de salud o yo podemos interrumpir la consulta de telemedicina de mi hijo si vemos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

Entiendo que puede ser necesario que otras personas estén presentes durante la consulta además del equipo y el proveedor de atención de salud de mi hijo. Estas personas están obligadas a mantener la confidencialidad de toda la información que se obtenga. También comprendo que tengo el derecho de solicitar lo siguiente cuando haya otros individuos, incluido personal médico y no médico, presentes: (1) omitir detalles específicos de los antecedentes médicos/examen médico de mi hijo que son sensibles desde el punto de vista personal; (2) pedir a estos individuos que salgan de la habitación donde se hacen los exámenes; o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.

Entiendo que la responsabilidad del proveedor de atención de salud de telemedicina termina cuando finaliza la conexión de la videoconferencia y Children's National no es responsable de las acciones del establecimiento distante.

Entiendo que cualquier imagen del miembro u otra información identificable del servicio de telemedicina se usarán para propósitos médicos y el Children's National las conservará como expedientes médicos confidenciales, según la ley federal y estatal. También entiendo que tengo derecho a oponerme a que se grabe la consulta.



OPSC



Versión revisada del consentimiento a partir de noviembre de 2025

Sección 4:

ACCESO DE LOS PADRES A INFORMACIÓN, VISITAS, DIVULGACIÓN (para pacientes menores de 18 años)

Entiendo que cualquiera de los padres puede ver el expediente médico, visitar al paciente, llevarlo a casa o tomar decisiones de atención. Si un tribunal ha limitado los derechos de cualquiera de los padres, acepto entregarle a Children's el documento del tribunal que lo indique. Acepto indicarle a Children's National los nombres de cualquier otra persona que quiera obtener información sobre mi hijo. Acepto informarle a Children's National cómo comunicarse conmigo por teléfono, teléfono celular, fax, correo o correo electrónico. Al darle al Children's National mi número de teléfono celular y/o fijo, acepto que el Children's National o sus socios comerciales contratados me contacten por mensaje de texto, de voz o llamada grabada para todas las llamadas de atención médica tales como: recordatorios de citas, instrucciones de preinscripción, notificaciones de recetas, contabilidad, facturación o cobro de deudas.

Entiendo que Children's National cumple con todas las leyes federales y locales, incluida la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos. Entiendo que este consentimiento permite que Children's National use información de salud privada para tratamiento, pago y operaciones hospitalarias como se define en el Aviso de prácticas de privacidad. Acepto que Children's National pueda usar información de salud no identificable sobre mi hijo para actividades aprobadas de investigación y mejora de la calidad.

Entiendo que, si mi hijo está inscrito en el sistema escolar público o privado local, se podrá compartir información limitada sobre su admisión con el personal de enfermería de la escuela para garantizar la continuidad de la atención después del alta.

Los datos de salud de usted o de su hijo se comparten entre proveedores de atención médica autorizados dentro de nuestro intercambio de información, el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP), e intercambios de información a mayor escala (Commonwell/Carequality) para garantizar que haya información precisa y completa disponible para que su cuidado o el de su hijo sea más seguro, más eficiente y menos costoso. El intercambio de información de salud del hospital Children's National y CRISP conecta al hospital Children's National con departamentos regionales de emergencias, centros de salud comunitarios, profesionales de la salud independientes, registros regionales de vacunas y laboratorios comerciales.

*Puede **cancelar** el intercambio de información de salud del hospital Children's National y Commonwell/Carequality, y deshabilitar el acceso a la información de salud de su hijo disponible a través del HIE. Notifique a un representante de registro de recepción para completar el proceso de cancelación. Si bien puede darse de baja en estas redes, la información de salud que se haya recibido o a la que se haya accedido a través del HIE antes de esa cancelación, y haya sido incorporada en un registro de salud, podrá ser retenida por ese proveedor.*

*Puede **cancelar** la participación en el CRISP y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través del número 1-877-952-7477 del CRISP o puede completar y enviar un formulario de exclusión voluntaria por correo, fax o su sitio web, crispealth.org. Incluso si se da de baja en el CIQN y el CRISP, los informes estatales de salud pública y los informes de sustancias controladas, como el Programa de Control de Medicamentos con Receta (PDMP) de Maryland, seguirán estando disponibles para los proveedores según lo requiera y permita la ley.*

Sección 5:

AUTORIZACIÓN DE PAGO, SEGURO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Cedo a Children's National el derecho de facturarle a cualquier seguro que cubra al paciente y cobrarle. Acepto ayudar a Children's National a solicitar el pago e informarle sobre cualquier recurso para el pago de la factura del paciente. Pagaré cualquier deducible, copago y monto denegado o no cubierto por el seguro. Si el paciente no tiene seguro, solicitaré programas de asistencia médica como Medicaid, entre otros. Si el paciente no tiene seguro y no es elegible para un programa de asistencia médica, acepto darle información financiera a Children's National para ver si soy elegible para cargos reducidos o fondos de caridad. Entiendo que puede haber tarifas profesionales asociadas con la atención del paciente y que estas se facturarán aparte por las personas u organizaciones que proporcionaron los servicios. Cedo el derecho de facturarle y cobrarle a cualquier seguro que cubra al paciente lo que corresponda por médicos, cuidadores u otros proveedores de servicios que no sean empleados de Children's National y cuyos servicios se facturarán aparte por todo el tratamiento proporcionado. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación por parte de Children's National y/o los proveedores de atención médica del paciente de partes de los expedientes del paciente, como expedientes médicos (incluso información psiquiátrica, de abuso de drogas y alcohol, pruebas genéticas y resultados de pruebas de laboratorio específicas que puedan contener diagnósticos de VIH o sida), a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todos o parte de los cargos de Children's National y/o proveedores, incluidos, entre otros, compañías de seguros, planes de servicios de atención médica, compañías de indemnización laboral, organizaciones de revisión médica o de utilización de lo anterior o para cualquier otra persona o entidad según sea necesario en relación con esos pagos o reembolsos.

También acepto que Children's National y/o el proveedor del paciente puedan obtener de cualquier fuente y examinar y usar, o analizar y divulgar, la información del expediente médico del paciente (incluso antecedentes médicos, exámenes, diagnósticos, tratamientos o cualquier información psiquiátrica, de abuso de drogas y alcohol o sobre pruebas genéticas, o información sobre el VIH o el sida) para que el personal y agentes de Children's National, otros proveedores de atención médica, auditores de expedientes médicos, comités de atención profesional, evaluadores y organismos gubernamentales puedan tratar al paciente o para que Children's National lleve a cabo su deberes operativos.

Entiendo que soy responsable de proporcionar a Children's National una prueba de seguro y remisión/autorización; y operar dentro de las pautas de mi compañía de seguros. Entiendo que, si no lo hago, mi seguro puede aplicar los servicios a mi beneficio de nivel más bajo (fuera de la red, es decir, Preferred, POS Choice, Select, etc.). Como resultado, mi responsabilidad financiera 'de bolsillo' puede ser mayor, y soy personalmente responsable de realizar el pago total de todos los cargos resultantes de este consentimiento para servicios. Puedo solicitar un estimado del costo si utilizo mis beneficios fuera de la red.





Children's National.

Versión revisada del consentimiento a partir de noviembre de 2025

Sección 6:

IDENTIDAD DEL PACIENTE

Con mi firma, indico que he proporcionado información verdadera sobre el nombre y la identidad del paciente. También indico que entiendo la importancia de proporcionar información verdadera y precisa sobre el nombre y la identidad del paciente. Entiendo que la información incorrecta o falsa sobre la identidad puede ocasionar un tratamiento que podría ser perjudicial para el paciente. Entiendo que Children's National se reserva el derecho de tomar medidas por la presentación intencional de información falsa, como transferencia de la atención y notificación adecuada a las autoridades.

Sección 7:

ALTA MÉDICA

Comprendo que Children's National es un centro de cuidados agudos y que, una vez que el paciente esté apto desde el punto de vista médico, recibirá el alta para que se traslade a su hogar o a un centro de cuidados no agudos. Doy mi consentimiento para un traslado o alta una vez que el médico tratante determine que está apto desde el punto de vista médico. Si no llevo al paciente a casa después de que reciba el alta, acepto pagar los cargos totales de hospitalización de Children's National por días y servicios adicionales. Proporcionaré los nombres específicos de cualquier persona que no sea uno de los padres o el tutor legal que esté autorizado a llevar al paciente a casa cuando reciba el alta de la atención hospitalaria o ambulatoria.

EL PACIENTE PUEDE RECIBIR EL ALTA A (opcional):

Nombre (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

Número de teléfono

Nombre (en letra de imprenta)

Relación con el paciente

Número de teléfono

DERECHOS DEL PACIENTE (padre, madre o paciente adulto, marque a continuación)

☐ He recibido información sobre los Derechos del paciente y el Aviso de prácticas de privacidad del paciente en Children's National en un idioma que entiendo. Sé a quién contactar si tengo preguntas o inquietudes o para presentar una queja.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE FACTURACIÓN

☐ Solicito de manera voluntaria que Children's National **NO** le facture a ningún seguro que yo o el paciente podamos tener, independientemente de si estos servicios están cubiertos por el mismo.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: PARA PACIENTES mayores de 18 años de edad. Una directiva anticipada, también conocida como testamento vital, es un documento legal en el que un paciente adulto especifica qué acciones se deben tomar para su salud si ya no lo puede hacer debido a una enfermedad o incapacidad. Hay folletos disponibles para los pacientes mayores de 18 años. **Si tiene más de 18 años y desea un documento de voluntades anticipadas, infórmese a un miembro del personal clínico (médico, enfermero o trabajador social).**

Si tiene una voluntad anticipada, marque la casilla de abajo y proporcione una copia a su equipo clínico.

☐ Sí, tengo una directiva anticipada.

FIRMAS

Al firmar este consentimiento, reconozco que he leído las secciones 1 a la 7 y estoy de acuerdo con lo que establecen.

Firma del padre/de la madre/del tutor legal/del paciente mayor de 18 años.

Signature of Parent/ Legal Guardian/ Patient 18 years of age or older.

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Today's Date: DD MM AA

Nombre en letra de imprenta

Print Name

Relación con el paciente

Relationship to Patient

Número de teléfono

Phone Number



OPSC



Children's National

Versión revisada del consentimiento a partir de
noviembre de 2025

SOLO PARA USO POR EL PERSONAL DE CHILDREN'S
NATIONAL

Circunstancias especiales de consentimiento (cuando corresponda):

- ☐ Lo anterior se revisó con la persona que dio su consentimiento en _____ (idioma),
utilizando un ☐ Intérprete o ☐ Miembro del personal bilingüe aprobado (Marque la opción correspondiente abajo):
- ☐ En persona ☐ Por teléfono ☐ Por video (si fue por teléfono o video, escriba el N.º de identidad del intérprete en el campo Firma a continuación)

Firma del intérprete o del personal bilingüe aprobado _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha: ____/____/____
DD MM AA

- ☐ La parte que otorga su consentimiento no tiene la capacidad física de formar y ha hecho una marca arriba de la línea de firma, con el testigo:

Nombre en letra imprenta del empleado de CN _____ Firma del empleado de CN _____

Consentimiento por teléfono cuando el padre, la madre o el tutor legal no está presente:

Primer intento: **Circunstancias especiales de consentimiento (cuando corresponda):** ☐ Lo anterior se revisó con la persona
que su consentimiento por teléfono.

Nombre/número de teléfono de la persona llamada para recibir el consentimiento _____
Relación con el paciente: _____

_____ Aceptó dar el consentimiento para el tratamiento Fecha ____/____/____ Hora _____
DD MM AA

_____ No se le pudo contactar Fecha ____/____/____ Hora _____
DD MM AA

_____ Se le dejó un mensaje Fecha ____/____/____ Hora _____
DD MM AA

Segundo intento: **Circunstancias especiales de consentimiento (cuando corresponda):** ☐ Lo anterior se revisó con la persona que
dio su consentimiento por teléfono.

Nombre/número de teléfono de la persona llamada para recibir el consentimiento _____
Relación con el paciente: _____

_____ Aceptó dar el consentimiento para el tratamiento Fecha ____/____/____ Hora _____
DD MM AA

_____ No se le pudo contactar Fecha ____/____/____ Hora _____
DD MM AA

_____ Se le dejó un mensaje Fecha ____/____/____ Hora _____
DD MM AA

FIRMAS PARA EL CONSENTIMIENTO POR TELÉFONO: *si durante el consentimiento oral por teléfono el padre/madre/tutor legal tiene una pregunta
médica, el consentimiento general debe firmarse por los miembros del personal clínico.

- ☐ **Miembro del personal clínico:** al firmar abajo, nosotros, el personal de CN, damos fe de que hemos revisado el consentimiento general y le hemos
informado al padre/madre/tutor legal de la naturaleza de los servicios determinados por el equipo médico y hemos contestado todas las preguntas
clínicas asociadas.

- ☐ **Miembro del personal no clínico:** al firmar abajo, nosotros, el personal de CN, damos fe de que hemos revisado el consentimiento general
y le hemos informado al padre/madre/tutor legal de la naturaleza de los servicios determinados por el equipo médico y el padre/madre/tutor legal no
tienen más preguntas.

Nombre en letra imprenta del personal de CN que obtuvo el consentimiento por teléfono

Fecha: ____/____/____ Hora: _____
DD MM AA

Nombre en letra imprenta del personal de CN que obtuvo el consentimiento por teléfono

Fecha: ____/____/____ Hora: _____
DD MM AA



OPSC