

**COOK CHILDREN'S HEALTH CARE SYSTEM  
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

**CONSENTIMIENTO MEDICO, DENTAL Y QUIRURGICO:** Al firmar este formulario, yo consiento a cualquier examen, radiografía, procedimientos de laboratorio, pruebas, medicamentos, tratamiento médico, tratamiento dental, fotografías, videos y a otros servicios determinados recomendables para el paciente por el doctor que lo atiende u otros proveedores de atención médica. Los otros proveedores de atención médica pueden incluir otros doctores consultantes o tratantes, dentistas, sus asociados, asistentes técnicos, enfermeros y otro personal del hospital.

Este consentimiento se aplica durante la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente que está siendo atendido por Cook Children's Health Care System y sus compañías afiliadas (también conocido como "CCHCS"). Las compañías de CCHCS incluyen: Cook Children's Medical Center ("CCMC"- Centro Médico), Cook Children's Physician Network (Red de Doctores), y Cook Children's Home Health (Cuidado Casero).

También doy mi consentimiento para permitir que los estudiantes (como médicos en práctica posgraduados, residentes médicos, estudiantes médicos, enfermeros estudiantes y otros individuos autorizados que están matriculados en programas de formación profesional) y doctores bajo entrenamiento para que observen o participen en la atención proveída a como los doctores, o dentistas atendientes crean apropiado y como lo permita la póliza de CCHCS.

Entiendo que nadie puede garantizar los resultados de cualquier tratamiento de la salud. Estoy de acuerdo que cualquier tejido o parte del cuerpo retirado del paciente se mantendrá y será eliminado por CCHCS de acuerdo con sus pólizas.

**DOCTORES, DENTISTAS Y CONTRATISTAS INDEPENDIENTES:** Cada paciente dentro de CCHCS está bajo el cuidado de un doctor y/o dentista. Los doctores y dentistas no siempre son empleados de CCHCS. Algunos doctores o dentistas pueden ser contratistas independientes. Todos los doctores y dentistas asumen la responsabilidad de la atención médica o dental que proporcionan.

**EXPOSICION ACCIDENTAL DEL TRABAJADOR DE ATENCION MEDICA:** Entiendo que la ley de Texas declara que si cualquier trabajador de atención médica es expuesto a la sangre u otro líquido corporal de un paciente, entonces CCHCS puede hacerle pruebas de VIH (el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida) a la sangre o líquido corporal del paciente. También doy consentimiento para hacer pruebas para otras enfermedades incluyendo hepatitis, sífilis y otras. Entiendo que estas pruebas son necesarias para proteger a los trabajadores de atención médica quienes atienden a los pacientes de CCHCS.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Si yo o mi hijo es admitido a CCMC, se me dará información por escrito sobre los derechos y responsabilidades del paciente. Esta información me dice como registrar una queja o agravio si tengo un problema con la atención que el paciente recibe durante la hospitalización.

**DINERO Y OBJETOS PERSONALES DE VALOR:** CCHCS mantiene una caja fuerte donde puede guardar dinero y objetos de valor. Entiendo que CCHCS no será responsable por dinero o propiedad personal perdida o dañada a menos que esas cosas sean traídas a la caja fuerte de CCHCS y dejadas allí. Me darán un recibo por escrito por las cosas. Entiendo que debo tener el recibo conmigo para volver a obtener las cosas de la caja fuerte.

**LA PERSONA QUE FIRMA ESTE CONSENTIMIENTO CERTIFICA QUE: 1) EL/ELLA ES EL PACIENTE, PADRE DEL PACIENTE, O REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO DEL PACIENTE; 2) HA LEIDO (O SE LE HA LEIDO) ESTE FORMULARIO Y ENTIENDE LO QUE DICE; Y 3) ESTA DE ACUERDO CON LOS TERMINOS DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO.**

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

PRINT OR IMPRINT PATIENT INFORMATION



CADMIT



801 Seventh Avenue  
Fort Worth, Texas 76104-2796