



Formulario de Consentimiento General

Voluntariamente autorizo recibir para mí o para mi hijo o hija menor de edad los exámenes médicos, tratamientos y procedimientos que el médico u otros proveedores de atención médica en el Departamento de Salud del Condado de Orange (OCHD, por sus siglas en inglés) consideren necesarios. También doy mi consentimiento para el tratamiento y la atención por médicos y proveedores de atención médica que no son empleados de OCHD, como médicos residentes, estudiantes u otros aprendices que están autorizados por OCHD para proporcionarme tratamiento y atención como paciente de OCHD.

Por medio de la presente confirmo que he recibido o se me ha dado la oportunidad de revisar una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de OCHD. Entiendo que las leyes estatales y federales permiten ciertos usos y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica sin mi consentimiento. Entiendo que puedo contactar al Oficial de Privacidad del departamento si tengo una queja, preguntas o inquietudes.

Entiendo que este consentimiento es válido por el período de tiempo necesario para cumplir su propósito hasta por un año. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento y que se me pedirá que firme la Sección de Revocación de este formulario.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Firma del personal de OCHD

Fecha

Firma del intérprete (si es necesario)

Fecha

Sección de Revocación

Yo, _____, por medio de la presente revoco el consentimiento anterior.
(Escriba su nombre)

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Firma del personal de OCHD

Fecha

Firma del intérprete (si es necesario)

Fecha