



**CHILDREN'S UROLOGY ASSOCIATES, PA
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PORTAL**

Al firmar a continuación, autorizo a Children's Urology Associates, PA a enviar comunicaciones por correo electrónico sobre el portal del paciente a la dirección de correo electrónico identificada a continuación y doy mi consentimiento expreso para que mi información médica esté disponible para mí. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia completa de este consentimiento.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
Apellido Segundo Nombre Primer Nombre Fecha de Nacimiento

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADA PARA RECIBIR LA INVITACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO:

• _____

COMPLETE LO SIGUIENTE SI LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO NO PERTENECE AL PACIENTE:

Destinatario(a): _____
Apellido Primer Nombre Relación con el Paciente

Entiendo que mi información médica está protegida por las leyes federales y estatales. Este consentimiento se aplica a los registros que pueden contener información relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento de afecciones que incluyen, entre otras, el abuso de drogas y alcohol; psicoterapia, salud mental o del comportamiento; VIH / SIDA u otras enfermedades transmisibles; Prueba genética; o cualquier otra condición expresamente protegida por la ley de Florida. Este consentimiento permanecerá en vigor a menos que desactive mi cuenta o se proporcione una notificación por escrito a Children's Urology Associates, PA.

Entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento y dicho rechazo no me impedirá recibir tratamiento, el pago de mi tratamiento, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios. Además, entiendo que mi negativa a firmar este consentimiento no evitará que reciba una copia de mis registros médicos.

_____ SÍ Deseo acceder a mi información médica y doy mi consentimiento expreso para que Children's Urology Associates, PA ponga mi información médica a mi disposición.

_____ NO Yo no deseo participar en el Portal del Paciente.

FIMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE: CHILDREN'S UROLOGY ASSOCIATES, PA:

Firma

Firma

Imprimir Nombre

Imprimir Nombre

*Relación al Paciente *La autoridad legal debe verificarse cuando una persona firma en nombre del paciente



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A FAMILIARES Y AMIGOS

Autorizo a la clinica a hablar sobre fechas y horarios de consultas; lugar, historia clinica, diagnósticos, tratamiento; pronosis; información financiera, de seguro, y facturación con las personas en la lista de abajo. Comprendo que el proveedor de atención médica de mi hijo o mi usará su criterio para determinar se debe compartir esta información con el objective de formenter la continuidad de la atención. La divulgación de copias de los registros médicos requerirá una autorización firmada de cumplimiento con el HIPAA. Este permiso sera considerado vigente hasta que indique lo contrario por escrito.

LA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA PODRIA ENTRGARSE A LOS SIGUIENTES INDIVIDUOS:

- _____
- _____
- _____
- _____

SÍ **NO** El personal de la clinica tiene mi permiso para dar a conocer la información médica personal de mi hijo o mia a miembros de la familia u otros que estén en la sala conmigo / con nosotros durante la consulta.

El personal de la clinica tiene mi permiso para dejar mensajes respecto del tratamiento (como ser resultados de analisis clinicos) en mi: (Marque todas las que correspondan)

Mensaje de voz en el hogar o contestador automatico # de Teléfono del hogar: _____
 Teléfono Movil # de Teléfono Movil _____
 Mensaje de voz en el trabajo # de Teléfono del Trabajo: _____

NINGUNA INFORMACIÓN: No Autorizo la divulgación de información verbal (fuera de recordatorios de consultas al numero que he indicado)..

Nombre del Paciente en imprenta

*Nombre del representante/autorizado en imprenta

Firma del Paciente / representante autorizado del paciente

Fecha de la Firma

Autoridad* del representante autorizado para actuar en representacion del paciente:

- Padre / Tutor legal
- Poder de represenation

* Se debe brindar evidencia de Autoridad y dejar constancia en la clinica.



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad ("el Aviso" proporciona información acerca de: 1) Los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podremos usar y divulgar información médica protegida acerca de nuestros pacientes.

Los reglamentos federales exigen que entreguemos nuestro Aviso a nuestros pacientes o sus representantes autorizados antes de firmar este acuse de recibo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, envíe un mensaje electrónico (correo-e) a privacy_office@mednax.com o una carta a:

PRIVACY OFFICER
MEDNAX SERVICES, INC.
1301 CONCORD TERRACE
SUNRISE, FL 33323

Con su firmar en este formulario, usted simplemente confirma que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

Firma del Paciente o representante autorizados

Fecha

Nombre en letra del molde del paciente o representante autorizados

<u>OIDO, NARIZ GARGANTA</u> N / A Infecciones de Oído Sinusitis Faringitis estreptocócica	<u>ALERGIAS/ INMUNOLOGICO</u> N / A Alergias alimentos Mononucleosis	<u>ENDOCRINO</u> N / A Diabetes Sed Excesivas Atraso en el crecimiento Pubertad precoz	<u>GENITOURINARIAS</u> N / A Orinarse en la cama Sangre en la orina Accidentes diurnos Dilatacion de los rinones Cálculos Renales Adherencias labiales Dolor al orinar Infecciones en el pene Testículos hinchados Dolores testicular Testículos no descendidos Frecuencia urinaria Tenosmos Vesical Infeccion Urinaria Reflujo Vesicoureteral Lesiones genitales
<u>OJOS</u> N / A Lentes de Contactos Espejuelos/Gafas Dolor	<u>DERMATOLOGIAN / A</u> Eczema Psoriasis Erupción de la piel	<u>APARATO LOCOMOTOR</u> N / A Dolor de espalda Fractura / Hueso quebrado Dolor en las articulaciones Dolor muscular Problemas de Marcha	
<u>HEMOTOLOGICO / LINFÁTICO</u> N / A Anemia Problema de coagulación Hematomas Petequias	<u>NEUROLOGICO</u> N/A Epilepsia Convulsiones febriles Migrañas	<u>SICOLOGICO</u> N/A Deficiencia de atencion Ansiedad Depresion Abuso de sustancias	

OTROS ASUNTOS NO MENCIONADOS ARRIBA:

¿QUE TAN BIEN HABLAS INGLES? ____ MUY BIEN ____ BIEN ____ NO MUY BIEN ____ NO ENTIENDO INGLES



CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN PÉLVICO

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Como está escrito en el Estatuto de Florida 456.51, un examen pélvico requiere un consentimiento informado.

Según la Estatua, un examen pélvico se define como "la serie de tareas que comprenden un examen de los genitales o el recto internos o externos, masculinos o femeninos, utilizando una combinación de modalidades, que pueden incluir, entre otras, la salud la mano enguantada o el instrumental del proveedor de cuidados ". A los efectos de este consentimiento, la instrumentación incluye espéculo vaginal y / o cateterismo.

El enfermero/a practicante (ARNP) _____, el asistente médico _____ y / o el médico _____ que atenderá a su hijo hoy pueden realizar un examen pélvico.

Los riesgos potenciales de un examen pélvico pueden incluir (pero no se limitan a) dolor o malestar. Existen algunas alternativas al examen pélvico, las alternativas no son tan efectivas para proporcionar información diagnóstica o evaluativa y conllevan su propio conjunto de riesgos. Si tiene alguna inquietud, debe hablar con su proveedor de atención médica.

Por la presente otorgo a Pediatrix Medical Group, Children's Urology Associates, el permiso para realizar un "examen pélvico" clínicamente indicado

1. Se me ha explicado el propósito, el procedimiento, los riesgos involucrados y los posibles métodos alternativos de tratamiento. También entiendo que la información que se me proporcionó no enumera todos los riesgos posibles y que podrían ocurrir otros problemas menos probables.
2. Entiendo que puedo terminar el procedimiento en cualquier momento
3. Entiendo que soy responsable de informarle inmediatamente al médico, enfermero/a o ecografista si tengo alguna molestia y / o algún sintoma inusual durante el procedimiento.
4. E leído este formulario de consentimiento, y entiendo sus términos, y lo estoy firmando a sabiendas y voluntariamente.

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

TESTIGO: _____

FECHA: _____

NOMBRE: _____

FECHA: _____



COVID-19 SCREENING

La seguridad de nuestros pacientes y personal es de suma importancia para los Asociados de Urología Infantil. Dado el reciente brote de COVID-19, las siguientes preguntas de detección previas a la visita están diseñadas para ayudar a promover su seguridad, así como la seguridad de nuestro personal y los demás pacientes. Responda a estas preguntas con sinceridad y precisión. Todas sus respuestas serán confidenciales.

Preguntas	Sí / No	Detalles
¿Ha tenido usted o algún miembro de su hogar alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días? •Dolor de garganta •Tos • Escalofríos • Dolores corporales desconocidas • Dificultad para respirar por razones desconocidas • Pérdida del olfato / pérdida del gusto • ¿Fiebre, temperatura de 100 grados Fahrenheit o más?	S / N	
¿A usted o algun miembro de su familia se le hizo la prueba de el COVID-19?	S / N	
¿A usted o algun meinbro de su familia se le recomendo hacerse la pruebe de el COVID-19? ¿O le aconsejaron auto cuarentena por COVID-19?	S / N	
¿Usted o algon miembro de su familia a visitado o recibido tratamiento en un hospital u otro centro de atención médica en los últimos 14 dias?	S / N	