

Reconocimiento al momento de entrar

Tratamiento:

Por la presente acepto y autorizo a Mount Sinai Health System (MSHS), a los médicos, enfermeros y otro personal médico a atenderme. Esto puede incluir tratamientos, pruebas y procedimientos que sean necesarios para mi atención y bienestar. Sé que es posible que me atiendan personal en prácticas bajo supervisión, a menos que solicite lo contrario y mi médico de atención primaria determine que es seguro continuar sin estos miembros del equipo.

Observadores y proveedores:

Sé que puede haber personas de soporte técnico o proveedores como parte de mi equipo de atención médica.

Análisis de sangre durante una exposición:

Entiendo que si una persona que participa en mi atención y tratamiento queda expuesta a ciertos fluidos corporales, que resulten en la posibilidad de transmisión de una enfermedad transmitida por la sangre, mi sangre se analizará para detectar VIH, hepatitis B y hepatitis C para determinar el riesgo de exposición.

Pruebas del VIH para pacientes:

Información general sobre el VIH:

- El VIH, el virus que causa el SIDA, se puede transmitir por relaciones sexuales sin protección, compartir agujas, dar a luz o amamantar.
- Si el resultado es positivo, puedo recibir tratamiento contra el VIH/SIDA para ayudarme a mantenerme sano y vivir más tiempo.
- Las personas que viven con VIH/SIDA pueden seguir prácticas seguras para proteger a otros de la infección.
- Es ilegal discriminar a cualquier persona por su condición de VIH.

Según la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York, artículo 27F, los pacientes deben recibir información sobre las pruebas de VIH de la siguiente manera:

- Los proveedores de atención médica deben ofrecer una prueba de VIH a todos los pacientes entre 13 y 64 años.
- La prueba es voluntaria y todos los resultados de la prueba de VIH son confidenciales (privados).

He leído lo de arriba y si tengo alguna pregunta o quiero información adicional, le avisaré a mi proveedor de atención.

Paciente* o representante legalmente autorizado**

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Hora

Relación

* Se debe obtener la firma del paciente a menos que el paciente sea menor de 18 años o esté incapacitado.

** Tutor designado por el tribunal, apoderado para la atención médica o sustituto según la Ley de Decisiones de Atención Médica Familiar