



Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

Reconocimiento al momento de entrar

Front Door Acknowledgement

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).

- La prueba de VIH anónima (sin dar su nombre) está disponible en ciertos lugares públicos donde hacen prueba.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito.

Vacunas:

Sé que MSHS puede compartir mi información de vacunación con el Departamento de Salud del estado de la Ciudad de Nueva York (New York City State Department of Health) en el Sistema de Información sobre Inmunizaciones del Estado de Nueva York (NYSIIS). El propósito de esto es asegurar que mi proveedor de atención médica conozca mi información médica relevante para que pueda trabajar conmigo para recibir las vacunas necesarias.

Información adicional del tratamiento:

Si estoy dando a luz, entiendo que el equipo de atención le aplicará un ungüento para ojos con vitamina K y eritromicina como parte del tratamiento estándar para recién nacidos.

Imágenes y grabaciones con sonido:

Sé que se pueden tomar imágenes y grabaciones con sonido (grabaciones) con fines médicos o de mejora de la calidad como parte de mi atención. Se pueden utilizar cámaras de vigilancia en áreas de la clínica y públicas con fines de seguridad.

Las grabaciones se pueden utilizar con fines educativos (por ejemplo, una presentación, conferencia o publicación) siempre que no se revele mi identidad mediante las imágenes o las descripciones que las acompañan. Si hay información que me identifique en las grabaciones que se usarán con fines educativos, me pedirán permiso específicamente antes de usarlas.

Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso de mis grabaciones con fines educativos o de investigación en cualquier momento y que dicha negativa no comprometerá mi acceso o la calidad de la atención que reciba.

Uso de inteligencia artificial:

Entiendo que MSHS puede utilizar herramientas de inteligencia artificial (IA) para ayudar a mi equipo de atención al hacer sus evaluaciones profesionales y decisiones sobre mi cuidado.

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