

# NEW YORK INSTITUTE OF TECHNOLOGY

ACADEMIC HEALTH CARE CENTER FAMILY HEALTH CARE CENTER-CI  
Northern Blvd, Old Westbury, NY 11568 267 Carleton Ave, Central Islip, NY 11722  
(516) 686-1300 Fax: (516) 686-7890 (631) 348-3254 Fax: (631) 348-3031

## Consentimiento para el tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, soy el paciente o tutor legal, que solicita atención y tratamiento en NEW YORK INSTITUTE OF TECHNOLOGY para mis problemas médicos identificados. Soy consciente de que NEW YORK INSTITUTE OF TECHNOLOGY es una entidad docente y que es posible que parte de la atención que reciba se brinde ante la presencia de residentes médicos y estudiantes de medicina, que realizan cuidado de observación y que en algunos casos, brindan atención bajo la supervisión directa de un médico. Soy consciente de que la atención de salud no es una ciencia exacta, y se me informará acerca de lo siguiente:

1. Una revisión del tratamiento propuesto, incluyendo programación, duración y resultado esperado. Sé que el resultado en mi caso dependerá de mi "organismo" y de mi atención continua.
2. Los medicamentos y sus efectos secundarios. Entiendo la importancia del uso correcto de los medicamentos recetados e informaré a mi médico sobre cualquier efecto secundario u otros medicamentos que tome, incluyendo medicamentos de venta sin receta.
3. Toda prueba, supervisión o evaluación adicional que este tratamiento pueda requerir, incluyendo análisis de laboratorio u otros estudios de diagnóstico. Se me explicará la importancia de dicha supervisión, y entiendo la necesidad continua de la atención.
4. Si el tratamiento implica algún procedimiento quirúrgico, se me informará sobre dicho procedimiento, la anestesia que se utilizará y las limitaciones y el tiempo de recuperación previstos. Asimismo, entiendo que cada procedimiento, al igual que cada paciente, es único y que mi atención específica puede variar según mi condición médica específica.
5. Si el tratamiento implica manipulación osteopática, se me informará sobre los procedimientos, la modalidad utilizada y el beneficio previsto. Entiendo que la respuesta al tratamiento puede variar en función de mi condición médica específica.
6. Entiendo que como parte de la práctica de Academic Health Centers, mi médico tratante puede revisar mi historial de recetas externas a través de su sistema de expedientes médicos electrónicos.
7. Entiendo que como parte de mi atención médica, mi médico tratante puede acceder a los registros médicos, según sea necesario y apropiado, de otros proveedores de este centro de salud.

Acepto seguir el plan de atención médica que el médico tiene para mí, en la medida de mis capacidades. Asimismo, acepto hacer preguntas y solicitar información a mi médico y a su personal, conforme sea necesario, para ayudarme a entender mi salud y mis necesidades médicas.

Si este procedimiento se considera [ ] cosmético o [ ] no lo cubre mi seguro por el motivo señalado, acepto pagar el cargo facturado en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente/Tutor

\_\_\_\_\_  
Médico/Representante