

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### Consentimiento para la atención prenatal

- 1) Por el presente acepto y doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico para mí o para la paciente de la que soy padre/madre o representante legalmente autorizado. Acepto y doy mi consentimiento para que el personal médico de Community Outreach Medical Center (COMC), Prenatal Care Program (Programa de atención prenatal), me de atención y orientación prenatal, y acepto y autorizo que cualquier registro relacionado con el examen y el tratamiento se entregue a University Medical Center of Southern Nevada (UMC) solo para su uso oficial. Además, acepto que todos los registros de mi revisión o tratamiento sean propiedad de COMC y puedan revelarse según las leyes federales y estatales para tratamiento, pago y operaciones.
- 2) Por el presente, acepto no responsabilizar a COMC ni a su personal por cualquier condición que resulte de los servicios recibidos.
- 3) Se entiende que todas las clientas prenatales necesitarán pagar un cargo por los servicios prestados por el personal de COMC.
- 4) Entiendo y estoy de acuerdo en asumir TODOS LOS GASTOS DEL HOSPITAL Y DEL MÉDICO INCURRIDOS FUERA DE COMC que no hayan sido pedidos o autorizados expresamente por el personal de la clínica o para los que no estén disponibles los fondos del programa.
- 5) Entiendo que debo ir a las citas médicas. Si falto a tres (3) citas con el médico de forma consecutiva, me pueden retirar del Programa de atención prenatal.
- 6) Además, entiendo que estoy obligada a seguir todas las orientaciones médicas o remisiones del personal médico de la clínica, como orientación genética, procedimientos de colposcopia, ecografías, etc. Si me niego a cumplir estos requisitos, firmaré un formulario de "Rechazo para recibir tratamiento médico". Como consecuencia de mi rechazo a seguir las orientaciones médicas, es posible que me remitan a UMC para el resto de mi atención prenatal y que me retiren del Programa de atención prenatal de COMC.
- 7) En caso de que decida buscar servicios en otro lugar, o si me dan de baja del Programa de atención prenatal por no seguir el apoyo médico, como se indica arriba, entiendo y acepto pagar todos mis gastos incurridos por medio de COMC para la atención prenatal, es decir, tarifas de laboratorio, ultrasonido, etc.
- 8) Entiendo que es mi responsabilidad pagar los medicamentos que me dé el médico/enfermera de práctica avanzada.
- 9) Entiendo que si el médico/enfermera de práctica avanzada determinan que mi salud es de alto riesgo durante mi inscripción en el Programa de atención prenatal de COMC, me remitirán al High-Risk Program (Programa de alto riesgo) de UMC con mis expedientes y seré responsable de los gastos en los que se incurra.
- 10) Como paciente del Programa de atención prenatal de COMC, debo ir a las citas y seguir la orientación médica de mi médico/enfermera de práctica avanzada. Entiendo que mi médico/enfermera de práctica avanzada no puede controlar con seguridad mi embarazo ni parto si no voy a las citas o me niego a recibir tratamientos o a hacerme pruebas de laboratorio.
- 11) Entiendo que puedo dejar de calificar para el Programa de atención prenatal de COMC si falto a tres (3) citas consecutivas o si me niego a seguir la orientación médica.

### Consentimiento de parto

Como paciente del Programa de atención prenatal de COMC, entiendo y me informaron de las opciones de parto en UMC. También entiendo que todas las facturas médicas incurridas mientras estoy en UMC son tarifas separadas que no están asociadas ni incluidas en el Programa de atención prenatal de Community Outreach Medical Center. Comprendo que debo registrarme en UMC a las veinte (20) semanas de embarazo para inscribirme en un plan de pago con el Baby Steps Program de UMC para mi parto. También entiendo que los residentes de UMC están disponibles en todo momento para cualquier emergencia que pueda surgir.

Por la presente acepto y doy mi consentimiento para recibir atención prenatal en COMC y para que UMC se haga cargo de la atención de mi parto.

\_\_\_\_\_  
*Firma de la paciente o representante legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*