

Provider ID Group #: _____ Primary Coverage Member ID: _____

Secondary Coverage Member ID: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

- Doy mi consentimiento para recibir atención en este Centro que es necesaria o beneficiosa, que incluye, pero sin limitarse a, la administración de medicamentos, inyecciones, exámenes de rayos X, procedimientos de laboratorio y servicios hospitalarios, según sea considerado necesario o aconsejable por mi(s) proveedor(es) de cuidado de la salud.
- Entiendo que los proveedores de cuidado de la salud no pueden ser empleados ni agentes del Centro, pero tienen el derecho a practicar la medicina en el Centro. Es posible que me facturen por separado los servicios prestados por estos proveedores.
- Entiendo que mi equipo de atención médica puede estar compuesto por médicos, asistentes médicos, becarios, enfermeras practicantes, enfermeras, técnicos, residentes, estudiantes u otros empleados y agentes.
- Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se ofrecen garantías en cuanto a los resultados de mi tratamiento o procedimientos realizados.
- Entiendo que durante mi tratamiento, se pueden tomar fotografías, grabaciones en video, grabaciones de audio y / o televisivas ("Grabaciones") con fines de atención / tratamiento o identificación y formarán parte de mi expediente médico.
- Entiendo que las Grabaciones pueden tomarse para fines de educación, entrenamiento, publicación educativa / de investigación o control de calidad. Estas Grabaciones no revelarán mi identidad y no formarán parte de mi expediente médico.
- Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier medicamento, tratamiento, procedimiento o Grabación en la medida que lo permita la ley.

PROHIBICIÓN DE ARMAS / PELIGROS / DROGAS:

- Entiendo que para mi salud y protección, así como para la protección de otros, no se me permite traer ni tener cualquier arma, sustancia ilegal o droga, material peligroso, bebida alcohólica, material para fumar o aparato eléctrico no autorizado en mi persona, o en mis pertenencias. Entiendo que el Centro puede registrar y mis pertenencias, así como confiscar y desechar cualquiera de estos artículos prohibidos, incluso proporcionarlos a las autoridades policiales.

AUTORIDAD PARA REVISAR Y LIBERAR EXPEDIENTES E INFORMACIÓN:

- Entiendo que la confidencialidad de los registros, incluidos aquellos que reflejan el tratamiento por problemas de salud del comportamiento, el VIH / SIDA o el tratamiento de drogas o alcohol, se mantiene de acuerdo con las normas gubernamentales y reglamentarias pertinentes.
- Autorizo la divulgación de información médica para mi hijo menor necesario para el uso del tratamiento médico del niño por el Médico, Institución u otros proveedores médicos que tienen, o prestarán atención incluyendo resultados de pruebas, tratamiento, terapia y otros tratamiento médico . Si soy suscriptor de Managed Care, autorizo el acceso al expediente médico de mi hijo menor para el pago, las autorizaciones y las revisiones de calidad.

PARTICIPACIÓN EN INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIEs):

- Estoy de acuerdo en participar en los "Intercambios de Información de Salud (HIE s)", que permiten a mis proveedores de atención médica acceder a mi información de salud protegida de otros proveedores participantes de quienes he recibido atención.
- Entiendo que tengo la opción de "rechazar compartir mi información de salud protegida con los HIE s.
- Entiendo que si elijo "rechazar" mi elección no afectará mi capacidad para recibir atención médica.

CONSENT FOR TREATMENT

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LOS VALORES PERSONALES:

- Entiendo que la Instalación no acepta la responsabilidad por la pérdida o daño de dinero, objetos de valor y / o propiedad personal que haya traído.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

- Entiendo que tengo derechos de pacientes que reflejan el compromiso del Centro de mantener mi dignidad personal mientras recibo servicios de atención médica.
- Entiendo mi responsabilidad de proporcionarle a mi equipo de atención médica la información que sea importante para mi atención y de cooperar en mi tratamiento.
- Entiendo mi responsabilidad de respetar los derechos de los demás en la Instalación.
- Entiendo que si tengo alguna inquietud con respecto a mi atención, puedo hablar con mi médico, enfermera o cualquier miembro de mi equipo de atención médica.

FOTOGRAFÍA / GRABACIÓN POR PACIENTES Y VISITANTES:

- Entiendo que cualquier tipo de Grabación está estrictamente prohibido sin el consentimiento verbal de un proveedor de atención médica o miembro del personal.
- Entiendo que la grabación no debe interferir con el cuidado del paciente.
- Entiendo que a las personas que realizan la grabación sin consentimiento o cuya grabación se considera que interfiere con la atención del paciente se les puede pedir que detengan la grabación y se les puede pedir que abandonen las instalaciones.
- Entiendo que es mi responsabilidad garantizar que mi familia y los visitantes cumplan con estos requisitos.

VERIFICACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA:

- Si recibo Seguro de Asistencia Médica (Medical Assistance), certifico que recibí un servicio o artículo en la fecha que se indica a abajo. Entiendo que el pago de este servicio o artículo será de fondos Federales y Estatales, y que cualquier reclamo, declaración o documento falso, o la ocultación de información importante puede ser procesado según las leyes Federales y Estatales aplicables.

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN:

- He leído este formulario (o me lo han leído) en su totalidad, me han respondido todas mis preguntas satisfactoriamente, he aceptado cada una de las disposiciones anteriores y he firmado este formulario a sabiendas y voluntariamente.

Firma del Paciente O Persona Autorizada

Fecha

Hora

Escriba el Nombre del Paciente O Individuo Autorizado

Relación con el Paciente

CONSENT FOR TREATMENT