

CONSENTIMIENTOS: A fin de que podamos proporcionarle un tratamiento, cobrarle a su seguro o enviarle a su compañía de seguros la información requerida, debemos recibir su consentimiento. Para hacerlo debe escribir las iniciales de su nombre y apellido en las áreas indicadas y firmar a continuación.

Asignación de beneficios: Yo asigno a CommuniCare Health Centers (CCHC) todos los beneficios que podría tener derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y tratamiento proporcionado por la CCHC. _____ (iniciales)

Consentimiento de tratamiento: Autorizo a CCHC y a sus médicos(as), enfermeros(as) y otros miembros del personal de profesionales, para que proporcionen tales servicios de salud, y la administración de los procedimientos de diagnósticos y de tratamientos terapéuticos que a juicio del personal médico de CCHC, son considerados necesarios o convenientes para mi atención médica. Esto incluye todas las pruebas rutinarias de diagnóstico y procedimientos, incluyendo diagnósticos a través de Rayos X, la administración y/o la inyección de medicamentos y productos farmacéuticos y sacar sangre para exámenes de laboratorio. Entiendo que no me han dado garantías en cuanto a los resultados o a la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de CCHC. _____ (iniciales)

Reconocimiento del Paciente: Reconozco haber recibido notificación de que bajo la ley federal relacionada con el funcionamiento de los centros de salud, la Ley Federal de Reclamos de Accidentes Financieros (FTCA, por sus siglas en inglés) provee el recurso exclusivo para daños por lesiones personales, incluyendo muerte por el desempeño de servicios médicos, o funciones relacionadas dentro del alcance de empleo presunto por cualquier voluntario de un centro de salud considerado que el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha considerado como un empleado del Servicio de Salud Pública. (Véase la sección 224 (q) de la Ley de Servicios de Salud Pública, codificada en 42 USC § 233 (q) Este reconocimiento de notificación de la limitación de responsabilidad está siendo proporcionado antes de que los servicios de salud me hayan sido proporcionados por esta persona, excepto en casos de emergencia, cuando mi reconocimiento puede ser proporcionado tan pronto después de la emergencia como sea factible. _____ (iniciales)

Consentimiento del paciente para recibir recetas electrónicas y una invitación al Portal del Paciente en la Red:

Estoy de acuerdo que CCHC puede mandarme mis recetas electrónicamente y puede solicitar y utilizar los récords de medicamentos recetados por mis proveedores de atención médica o de los terceros que pagan por los beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Además, si proporciono mi correo electrónico entiendo que CCHC me enviará una invitación para unirme al Portal del Paciente en la Red. _____ (iniciales)

Política de No Show: Un "no-show" se refiere a un paciente que falta una cita sin cancelar / reprogramar con un mínimo de 24 horas de aviso por teléfono, portal, texto o en persona. Para dar cabida al número significativo de personas que esperan los nombramientos, reconozco que si no "muero" a más de tres (3) citas en un período de 12 meses, no se me permitirá hacer citas programadas y puede que tenga que venir en una caminata sólo por un período de seis meses. _____ (iniciales)

Toma de fotografías y / o grabación de video / audio: Consiento la grabación fotográfica, de audio o video de la clínica por CCHC y su personal médico, de enfermería y otros profesionales. Entiendo que los propósitos de estas fotos son para identificación, documentación de procesos de diagnóstico y / o tratamiento. Reconozco que estas grabaciones de foto / audio / video se utilizan para la prestación de cuidados, mejora de la calidad, educación y / o reembolso. _____ (iniciales)

Autorización para divulgación de información médica: Algunos(as) pacientes prefieren que otros individuos, especialmente miembros de su familia, puedan tener acceso a su información médica. Debido a estrictas normas legales, para que otra persona pueda tener acceso a sus expedientes médicos, es necesario que usted lo autorice por escrito. Con esta autorización por escrito, usted otorga permiso a los individuos citados en esta lista para: hacer o confirmar sus citas, tener acceso a los resultados de laboratorio y Rayos X, venir a buscar las muestras de medicamentos, saber su diagnóstico, pronosis (desarrollo probable de la enfermedad) y plan de tratamiento y servir como contacto de emergencia. Este permiso se aplica también a los mensajes telefónicos y mensajes dejados en el contestador automático, así como a otros medios de comunicación. _____ (iniciales)

Firma del o de la Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre o Tutor Legal: Firma: _____

Teléfono: (__) _____ - _____ Relación: _____ Fecha: _____