

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que yo o mi hijo menor, como se indicó anteriormente, se someta a todas las pruebas, exámenes, tratamientos u otros procedimientos necesarios requeridos por el personal médico, dental y de salud mental para la Comunidad. Comprendo que la práctica de la medicina, cirugía y la odontología no es una ciencia exacta, y reconozco que CHI no me ha otorgado ninguna garantía como resultado de los tratamientos o exámenes.

Doy, consentimiento para divulgar mi información médica con otras instituciones y agencias que acepten el paciente para recibir atención médica o institucional.

Yo doy mi consentimiento para divulgar información médica y personal a mi seguro médico y a las agencias gubernamentales que CHI exige por ley, normas, reglamentos o por consentimiento.

Yo doy mi consentimiento para la divulgación de información médica y financiera con fines de auditoría.

Yo autorizo el pago a CHI de los beneficios que se me deben en mi reclamo pendiente y/o BENEFICIOS MÉDICOS MAYORES, que de otra manera me pagarán, pero que no excedan los cargos regulares del centro de salud y/o del médico por este período de tratamiento.

Yo acepto que una copia de esta autorización es válida como el original.

Yo entiendo que, si mi seguro no aprueba los cargos por esta visita, soy totalmente responsable ante CHI por el pago.

Yo entiendo y reconozco que CHI es una institución de enseñanza; por lo tanto; puede tener residentes médicos, dentales y psiquiátricos, así como estudiantes médicos, dentales, de farmacia, enfermeros practicantes y enfermería que participen en mi cuidado bajo la supervisión de mi médico, dentista, psiquiatra o enfermero practicante.

Yo tengo derecho a conocer sus nombres y relaciones profesionales con CHI, así como el nombre de los médicos que los instruyen para saber a quién puedo plantear cualquier inquietud que pueda tener.

Yo entiendo que todos los procedimientos orales, equipos y suministros pueden no estar cubiertos por la escala de tarifa variable y de su bolsillo

Yo entiendo la telemedicina usa comunicación electrónica para ayudar a los proveedores de salud en diferentes localidades a informarse y tener acceso a información médica individual del paciente con el propósito de mejorar el cuidado del paciente. La comunicación electrónica significa el uso de comunicación interactiva que incluye, a lo mínimo, equipo de audio y video que permite comunicación bidireccional y en tiempo real/simultaneo.

Yo doy consentimiento para el uso de mi información de salud personal con CHI y sus médicos/proveedores. Entiendo que tengo el derecho de no divulgar o retirar mi consentimiento al uso de Telemedicina durante el progreso de mi cuidado en cualquier momento sin afectar mi derecho de cuidado o tratamiento en el futuro.

Yo doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto relacionados a mis citas que no incluyan ninguna Información de Salud Medica Privada (sigla en Inglés, Protected Health Information - PHI).

Yo doy mi consentimiento para recibir correo electrónico a mi correo electrónico personal relacionado a cualquier información médica que puede incluir: referidos, registros de

inmunizaciones (vacunas), formularios relacionados a trasmites escolares, formularios médicos que usted ha pedido que su proveedor medica complete.

SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE:

Yo Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí a divulgar al Centro de Medicare y Medicaid (CMS) o sus intermediarios o proveedores, cualquier información necesaria para este o cualquier reclamo posterior de Medicare. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original, y solicito el pago de los beneficios del seguro médico a la parte que acepta la asignación para tal reclamo.