



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Doy mi consentimiento voluntario para la atención médica, los procedimientos de diagnóstico, la asesoría de salud conductual, los servicios de farmacia o de asesoría nutricional que puedan realizarse, solicitarse, indicarse o delegarse en opinión del proveedor que me atiende. Comprendo que puedo rechazar cualquier servicio en cualquier momento.

Autorizo la divulgación de información a todos los terceros pagadores o las agencias de servicios sociales y de salud.

Autorizo la divulgación de información a Medicare y autorizo a Community Health and Wellness Partners del condado de Logan a facturar mis cargos a Medicare.

Comprendo que soy igualmente responsable de mi factura, a pesar de que puedo tener un seguro médico.

Comprendo que se me solicitará que proporcione un comprobante de ingresos al menos una vez al año, para que mis cargos se calculen con precisión de acuerdo con el programa de tarifas variables.

Comprendo que debo presentar una tarjeta de ayuda pública, seguro médico o tarjeta de Medicare vigente en cada visita a Community Health and Wellness Partners del condado de Logan cuando mis cargos estén cubiertos.

Por la presente, cedo, transfiero y asigno a Community Health and Wellness Partners del condado de Logan todos mis derechos, títulos e intereses de mis beneficios de reembolso médico conforme a mis pólizas de seguro.

Community Health and Wellness Partners está obligado por ley a proteger la privacidad de sus pacientes. Mantendrá la confidencialidad de toda la información de la atención médica del paciente.

Este aviso cumple con los lineamientos establecidos en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, vigente desde el 14 de abril de 2003.

Firma del paciente, padre o garante

Fecha

Testigo

Fecha