



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Autorización para tratamiento

- Por la presente, autorizo tratamiento médico por parte del médico, del personal clínico y de los empleados técnicos asignados a mi cuidado.
- Autorizo a mis médicos tratantes a ordenar cualquier servicio auxiliar que consideren necesario para mi cuidado y mi tratamiento.
- Comprendo que tengo el derecho y la oportunidad de hablar de los planes alternativos de tratamiento con mi médico u otro proveedor de asistencia médica y de preguntar y que me respondan a mi satisfacción toda pregunta o inquietud.
- En el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluido corporal en un modo que puede transmitir el VIH (virus de inmunodeficiencia humano), el virus de la hepatitis B, o el de la hepatitis C, consiento en que se analice mi sangre y/o mis fluidos corporales para detectar estas infecciones y en reportar los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que haya estado expuesto, según lo exige la ley de Virginia.
- Comprendo que Bon Secours Health System utiliza un sistema de historiales médicos electrónicos. Comprendo que este sistema está implementado de acuerdo con HIPAA y otras normas de privacidad del paciente y el manejo de información médica. Comprendo que mis proveedores de asistencia médica tendrán acceso a mi información médica durante mi atención continua.
- Comprendo que Bon Secours Health System utiliza un mecanismo electrónico de prescripción para la transmisión electrónica de prescripciones a mis farmacias locales y a las farmacias de venta por correo.
- Doy mi consentimiento para que se revele a mi médico mi historial de prescripciones por parte de cualquier farmacia o agencia de control de medicamentos.
- Comprendo que mi nombre y mi información de contacto pueden ser compartidos por Bon Secours Health System con su socio de encuestas, Gallup, para realizar encuestas de satisfacción del paciente acerca del cuidado que recibí. Comprendo que toda la información compartida estará protegida de acuerdo con las pautas de seguridad y privacidad de HIPAA y que la participación en la encuesta será voluntaria.

\_\_\_\_\_ Colocar iniciales. He leído, comprendido y acepto las condiciones anteriores.

### Acuerdos de Pago

- Acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios que se me prestaron a mí o a mis familiares a cargo.
- Al firmar este documento, autorizo que se ceda al Profesional Médico todo pago a que yo tenga derecho por beneficio de seguro y que de no hacerse esta cesión serían pagaderos directamente a mí por los servicios provistos bajo cualquier póliza de seguro (hospitalización, seguro médico mayor, compensación de los trabajadores, o cualquier otro seguro o plan de beneficio).
- Al firmar este documento, autorizo la revelación de mi Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a mis compañías de seguro o a otro tercero pagador, incluyendo a sus representantes, según sea necesario para determinar la cobertura o según se requiera para revisión, mejora de la calidad y/o manejo.
- Acepto pagar, al momento de recibir el servicio, todo copago, coseguro y deducible que se requiera, así como también los cargos por los servicios no cubiertos por mi seguro.
- Comprendo que todos los saldos pendientes serán facturados a mi dirección, según consta en el archivo de esta oficina y que soy responsable de actualizar mi información de registro en la medida en que sea necesario.
- Comprendo que soy responsable de pagar el saldo de mi cuenta en su totalidad a menos que se hayan autorizado otros acuerdos de antemano.
- Comprendo que hay un cargo de \$20 por cheques devueltos.
- Comprendo que las cuentas vencidas que se adeuden serán remitidas a una agencia de cobranza a morosos y que seré responsable de todos los cargos de la cobranza, honorarios legales asociados y el saldo total de mi cuenta.
- Al firmar este documento, acepto que las fotocopias del mismo tiene el mismo valor obligatorio y legal que el original.

\_\_\_\_\_ Colocar iniciales. He leído, comprendido y acepto las condiciones anteriores.

### PRIVACIDAD y REVELACIÓN

Nuestro **Anuncio de Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés)** provee información acerca de cómo podemos usar y revelar su información médica personal. Por medio de su firma a continuación, usted reconoce haber recibido una copia de nuestro NPP.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Garante

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

El paciente se niega a firmar la parte del formulario titulada **Privacidad y Revelación**.

Motivo: \_\_\_\_\_

**No pueden realizarse modificaciones a este documento legal.**