



CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

 Iniciales

El abajo firmante consiente que cCARE ofrezca y realice los cuidados médicos y quirúrgicos, pruebas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros que mi médico considere necesario o beneficioso para mi salud y bienestar. El abajo firmante reconoce que estos servicios han sido explicados adecuadamente, y todas las preguntas han sido contestadas y que no se ha efectuado ninguna representación o garantía en cuanto a los resultados o curas.

PHI (Información de salud protegida - por sus siglas en inglés)

 Iniciales

Autorizo a cCARE a proporcionar información de mi registro médico a mi compañía de seguros(s), o agencias gubernamentales para la tramitación de solicitudes de prestaciones médicas.

ACUERDO FINANCIERO

 Iniciales

El abajo firmante está de acuerdo, tanto si firma como agente o como paciente, que en consideración con los servicios a proveer para el paciente, él o ella es responsable y está obligado a pagar los cargos. cCARE factura a la aseguradora de los pacientes como cortesía, sin embargo, el pago de los servicios prestados es responsabilidad de los pacientes. Las cantidades de co-pagos y co-seguros han de pagarse en el momento del servicio.

AUTORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO

 Iniciales

Autorizo el pago de las prestaciones del seguro a las que puedo tener derecho, directamente a cCARE. cCARE ayudará a los pacientes en la obtención de beneficios de seguros cuando los beneficios son asignados a cCARE. Es la responsabilidad del paciente asegurarse de que los pagos de seguros son procesados y pagados puntualmente.

AVISO A LOS PACIENTES DE MEDICARE

 Iniciales

Autorización de Medicare (por firma en el archivo): El abajo firmante autoriza la publicación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones. También solicito el pago de beneficios gubernamentales a la parte que acepta la asignación.

AVISO A LOS PACIENTES DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

 Iniciales

Las aseguradoras de atención administrada generalmente requieren que un representante, a menudo un médico de atención Primaria, autorice los servicios y procedimientos de diagnóstico antes de que el plan acepte responsabilidad financiera. Su firma debajo indica que usted acepta ser responsable del pago si recibe servicios que no están autorizados según lo requerido por su plan.

DIVULGACIÓN RX

 Iniciales

Para satisfacer mejor las necesidades de nuestros pacientes, podemos proporcionar muchas de las recetas prescritas por nuestros proveedores. Mandaremos la factura a su seguro de farmacia sin embargo cualquier co-pago ha de pagarse cuando reciba la receta(s). Por favor, comprenda que usted no está obligado a recibir recetas de cCARE y tiene la opción de recibir la medicación de la farmacia de su elección.

FOTOGRAFIA

 Iniciales

El abajo firmante autoriza a cCARE a fotografiar o permitir que otras personas le fotografíen mientras están bajo el cuidado de cCARE. El abajo firmante está de acuerdo con que las fotografías pueden ser utilizadas para distintos propósitos incluyendo, pero no limitado a, la identificación, documentación del tratamiento, la investigación, la educación y la investigación científica. cCARE conservará los derechos de propiedad de estas fotografías, pero los firmantes podrán acceder a verlas. Estas fotografías se almacenarán de forma segura para proteger la privacidad del paciente.

Nombre del paciente (letra legible) _____ Fecha de nacimiento: _____ MRN: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Si firmado por otra persona que no es el paciente

Nombre del Padre, Custodio/Tutor: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Una fotocopia de este formulario puede considerarse válida