

CONSENTIMIENTO GENERAL Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE APS

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO: Por este medio autorizo a los médicos, al personal interno, de enfermería, paramédico y de profesionales afiliados, con asistencia de los empleados de WMCHHealth Advanced Physician Services, PC (APS), a que brinden tratamiento médico a mi persona o al paciente arriba mencionado. Acepto las pruebas y procedimientos de diagnóstico, incluyendo radiografías, y la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, además de la extracción de sangre. Entiendo y autorizo la administración de agentes farmacéuticos y medicamentos. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades sobre los resultados o hallazgos previstos del tratamiento o la exploración en APS.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Por este medio autorizo e instruyo a APS y a mi médico tratante a divulgar la información médica de mis expedientes médicos que sea necesaria para llenar formularios para continuidad del tratamiento, y para el pago por parte de aseguradoras, planes de seguro de salud y terceros responsables del pago.

CESIÓN DE BENEFICIOS, GARANTÍA DE PAGO Y PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA: Por este medio cedo a APS todos y cada uno de los derechos, títulos e intereses que tengo en cualquier ingreso o beneficio de seguros pagadero a mí o en mi favor por servicios prestados a mí por APS, ya sea que dichos servicios sean considerados como dentro o fuera de la red por cualquier tercero responsable del pago. Por lo tanto, por este medio autorizo e instruyo a mi aseguradora y/o plan de salud a realizar los pagos de dichos montos directamente a APS, y no a mi persona ni a ningún otro asegurado. Reconozco que, como miembro de un plan de salud, puedo ser responsable de notificar a mi médico de atención primaria o de obtener certificación previa para los servicios. Comprendo que soy económicamente responsable ante APS por todos los cargos, incluidos aquellos que no paguen las aseguradoras ni los planes de salud, por los servicios no autorizados según lo especificado en mi paquete de beneficios que hayan sido incurrido por mí o en mi nombre. Si el tratamiento se ha proporcionado de acuerdo con la Ley de No Culpabilidad del Estado de Nueva York, se entiende que mi responsabilidad se limita a los cargos autorizados bajo dicha ley y el cuadro de honorarios de la Ley Sin Culpabilidad del Estado de Nueva York. Como parte de su compromiso de servir a la comunidad, APS reconoce que a veces es necesario brindar atención a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente y que no pueden pagar por dicha atención, de acuerdo con los lineamientos establecidos del hospital. WMC tiene un Programa de Asistencia Financiera para pacientes que cumplen los requisitos financieros para beneficiarse de él. Pregunte por los detalles.



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LLAMADAS TELEFÓNICAS, MENSAJES DE TEXTO Y CORREOS

ELECTRÓNICOS: Por este medio consiento a que APS o socios comerciales de APS se comunique conmigo por llamada telefónica, correo postal, mensaje de texto y/o correo electrónico a los números de teléfono, dirección postal y direcciones de correo electrónico para contacto que aparecen en mi cuenta. Comprendo que, al otorgar este consentimiento, APS puede comunicarse conmigo en referencia a mi atención médica o a mi cuenta, por ejemplo, pero sin limitarse a, citas, los resultados de pruebas o procedimientos, operaciones comerciales, informes de calidad, facturación, el pago o cobranza de montos debidos, y que estas llamadas pueden realizarse con máquinas automatizadas o mensajes de voz previamente grabados. Además comprendo y acepto que si los números de teléfono o direcciones de correo electrónico para contacto proporcionados para la cuenta corresponden a un teléfono celular u a otros servicios que me cobren alguna tarifa por llamada o mensaje recibido (por ejemplo, por minuto, por mensaje, por unidad de datos recibidos, o de otra manera), soy el único responsable de todos los cargos incurridos de acuerdo con mi contrato con el proveedor de telefonía celular o de otro servicio.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Al firmar a continuación reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo APS puede utilizar y divulgar la información referente a mi salud, y cómo puedo obtener acceso a dicha información y controlarla. Reconozco y entiendo que puedo solicitar copias de avisos individuales que explican las protecciones especiales de privacidad que se aplican a información relacionada con el VIH, la información relacionada con el tratamiento de la farmacodependencia y el alcoholismo, información sobre la salud mental e información genética.

ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PAGO DE SU ATENCIÓN: Al firmar a continuación, reconozco que he recibido la información importante sobre el pago de su atención.

DESCAGO DE RESPONSABILIDAD POR PERTENENCIAS PERSONALES: Entiendo y acepto que no debo traer pertenencias personales (por ejemplo, dinero, joyas) a la institución médica privada, y acepto que APS no será responsable por la pérdida de pertenencias personales ni por daños sufridos por las mismas.

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO

CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO OTORGADO POR (si se requiere)

Firma: _____
Paciente

Firma: _____
Nombre del representante legal y relación con el paciente.

Firma: _____
Representante legal autorizado

Firma: _____
Firma de la persona que llama.

Testigo: _____

Testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____