

## Consentimiento para el cuidado

### Centro de Salud Integral Jim Myers

Autorizo al personal de la clínica para que brinden atención primaria y otros servicios relacionados. Entiendo que la clínica está comprometida a ofrecer una calidad de atención superior a todos los pacientes, independientemente de su raza, etnia, religión, sexo, edad o estado de discapacidad.

Entiendo que estaré completamente informado de los beneficios anticipados, las posibles molestias y los posibles efectos secundarios antes del desempeño de cualquier tratamiento médico, y liberaré a la clínica de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado de dicho tratamiento. Doy mi consentimiento para los exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenados por mi médico, NP, PA y otros profesionales de atención médica, incluyendo los análisis de sangre para detectar enfermedades transmisibles como tuberculosis, hepatitis y VIH / SIDA, etc. Autorizo a la clínica y su personal el envío de información pertinente sobre mis recetas a la(s) farmacia(s) de mi elección.

Entiendo que mi historia médica y la información relacionada a mi asistencia médica en la clínica son confidenciales. Se me ha proporcionado un Resumen de Aviso de Prácticas de Privacidad que detalla las diversas formas en que la información sobre mí puede ser divulgada para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines permitidos o requeridos por la ley, según corresponda. Entiendo que la ley estatal requiere el reporte de ciertos resultados positivos, como la hepatitis y el anticuerpo para el virus de VVIH al departamento de salud. Autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar un reclamo de pago.

Puede calificar para la escala móvil independientemente del seguro. La escala móvil se basa en el tamaño y los ingresos de su hogar. Para calificar para la escala móvil, debe proporcionar la información que se describe en Política 418.00 Determinaciones de Elegibilidad. Las copias de la política estarán disponibles a su solicitud.

Se espera un cargo mínimo por los servicios prestados (según su elegibilidad) que cubran para su visita al consultorio en el momento del servicio. Las fuentes de pagos aceptables son: dinero en efectivo, tarjeta de cajero automático (tarjeta de débito) y tarjetas de crédito principales (Mastercard, VISA, Discover y American Express). Se espera su copago para Medicare, Medicaid, CHIPS y seguro privado en el momento de la consulta. Si necesita establecer un plan de pago, el personal le proporcionará información al respecto. Si no puede pagar su consulta, es posible que pueda solicitar una exención de pago, por favor solicite información y solicitud en la recepción o el personal de recepción.

He leído y entiendo la información antedicho y por este medio doy mi consentimiento para recibir atención médica en la clínica. Además, entiendo que si califico para los servicios de Ryan White es el **Pagador** de último recurso. Entiendo que si no proporciono la información necesaria descrita en la Política 418.00, independientemente de la participación en el programa, se espera

que pague el 100% por todos los servicios prestados.

Doy mi consentimiento para proporcionar a la clínica mencionada arriba, el acceso y uso de mi historia de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Historia de medicamentos recetados (que incluye, pero no se limita a, medicamentos recetados, laboratorios y otra información histórica de medicamentos de atención médica) de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguro, y administradores de beneficios de farmacia puede ser visto por mis proveedores y el personal de la clínica y pueden incluir recetas que se remonta a varios años. Entiendo que la clínica puede usar sistemas de intercambio de información de salud para transmitir, recibir y/o acceder electrónicamente mi historia de recetas.

Doy mi consentimiento para proporcionar a la clínica arriba mencionada el acceso y uso de mi Registro Electrónico de Salud con proveedores externos a la organización a través de CommonWell Health Alliance y Carequality Framework. Entiendo que esto acelerará el intercambio de información médica necesaria para proporcionar una continuidad más rápida a mi tratamiento médico.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del consumidor

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha