

Consentimiento para tratamiento, comunicado de registro, pago y operaciones de cuidado de la salud

Consentimiento para tratamiento

Por medio de mi firma abajo, reconozco que he pedido servicios del Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty (ELFHCC). Yo libremente y voluntariamente autorizo y doy mi consentimiento al personal médico, dental, de enfermería y otros del ELFHCC para proveerme servicios de salud, administrar medicamentos y realizar pruebas de diagnóstico y terapéuticas, procedimientos y tratamientos como sean los indicados para mi cuidado.

Registros

Doy mi permiso para el Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty (ELFHCC) a divulgar mi información médica, incluyendo los registros médicos electrónicos, a mi compañía de seguros, mis médicos, otros proveedores de salud involucrados en mi cuidado y a las organizaciones donde ellos practican.

Citas

Estoy de acuerdo para acudir a las citas programadas y cumplir los planes de cuidado o acuerdos hechos con los médicos. En caso de ser incapaz de mantener alguna cita, estoy de acuerdo en notificar al Centro con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar. Acepto ser cortés y respetuoso con el personal todo y los proveedores del Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty.

Facturación

Autorizo al Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty (ELFHCC) a facturar a mi aseguradora y solicito que dichos pagos se hagan directamente al Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty. Certifico que la información que he dado sobre mi cobertura de seguro u otras fuentes de pago es correcto. Autorizo al Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty para actuar en mi nombre y como mi representante a fin de solicitarle reconsideración a mi plan médica administrada o entidad de revista de utilización.

Responsabilidad financiera

Con el fin de proporcionar servicios de atención médica consistentes con la declaración de la misión del Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty, entiendo que el Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty requiere que los pacientes contribuyan a los costos de la atención de salud recibida, conforme puedan. Para cumplir esta misión, entiendo que el Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty se compromete a proporcionar servicios de salud con consideración a la capacidad de sus pacientes a pagar y a respetar la responsabilidad financiera de todos sus pacientes.

Entiendo que el Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty ofrece servicios de asesoramiento financiero, que incluye el programa de descuento de tarifa deslizante. El descuento deslizante toma en cuenta el tamaño de la familia y sus ingresos.

Consentimiento para obtener la historia externa de recetas médicas

Autorizo al Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty y sus proveedores afiliados para ver mi historial externo de recetas médicas mediante el servicio de eRxHub. Comprendo que mi historial de recetas médicas de múltiples otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros, y administradores de beneficios de farmacia tal vez sea visible por mis proveedores y el personal del Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty, y puede incluir las recetas médicas de varios años anteriores.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN CERTIFICA QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO EL ALCANCE DE MI CONSENTIMIENTO Y QUE AUTORIZO EL ACCESO.

Prácticas de privacidad

Reconozco que he recibido una copia del Aviso sobre las prácticas de privacidad del Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty, lo cual describe cómo puede utilizarse y divulgarse mi información médica privada por el Centro de Cuidado de Salud Familiar East Liberty, y cómo puedo tener acceso a esta información y controlar el uso y divulgación de la misma.

He leído este Consentimiento al tratamiento, divulgación de registros, pagos y operaciones de cuidado de la salud, y he tenido las preguntas contestadas a mi satisfacción.