



---

**Consentimiento para Tratamiento, Divulgación de Expedientes, Pagos y Opciones de Cuidado Médico**

*Consent to Treatment, Form, Record, Release, Payment, and Health Care Options*

**Consentimiento para tratamiento**

A través de mi firma, reconozco que he solicitado servicios de salud en East Liberty Family Health Care Center (ELFHCC). Libre y voluntariamente doy mi autorización al personal médico, dental, de enfermería y otros en ELFHCC a brindarme atención médica, administrar medicamentos y realizar pruebas de diagnóstico y terapéuticas. Incluyendo procedimientos y tratamientos indicados para mi cuidado.

**Registros**

Doy mi autorización para que East Liberty Family Health Care Center (ELFHCC) de acceso a mi información médica, incluyendo los registros médicos electrónicos, a mi compañía de seguro médico y otros proveedores de salud involucrados en el cuidado de mi salud y a las organizaciones pertinentes.

**Citas**

Estoy de acuerdo en acudir a citas programadas y cumplir con los planes de cuidado acordados con mi médico (s). En el caso de no poder presentarme a una cita, estoy de acuerdo en notificar al Centro Médico con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar. Me comprometo a mantener un trato cordial con todo el personal y profesionales de la Salud de East Liberty Family Health Care Center.

**Facturación**

Autorizo a East Liberty Family Health Care Center (ELFHCC) a facturar a mi aseguradora y solicitar pagos directos a ELFHCC. Certifico que la información que he dado sobre mi cobertura de seguro u otras fuentes de pago es correcto. Autorizo a East Liberty Family Health Care Center a actuar en mi nombre y como mi representante para solicitar reconsideración por mi atención médica al plan de administración o la utilización de información a la entidad de cobertura.

**Responsabilidad financiera**

Con el fin de proporcionar servicios de atención médica consistentes con la declaración de la misión de East Liberty Family Health Care Center, entiendo que éste requiere que los pacientes contribuyan con los costos por la atención de salud recibida, esto de acuerdo a su capacidad. Para el cumplimiento de la misión, entiendo que East Liberty Family Health Care Center se compromete a proporcionar servicios de salud considerando la capacidad a pagar de sus pacientes y a respetar la responsabilidad financiera de todos sus pacientes.

Entiendo que East Liberty Family Health Care Center ofrece servicios de asesoramiento financiero, que incluye el programa de descuento de tarifas. El descuento (Escala de Pago) toma en consideración el tamaño de la familia e ingresos.

**Consentimiento para obtener la historia externa de prescripciones**

Autorizo a East Liberty Family Health Care Center y su proveedor afiliado acceso a mi historial de prescripción externa, esto mediante el servicio de RxHub. Entiendo que el historial de recetas de múltiples proveedores médicos afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia pueden ser visible por el personal de East Liberty Family Health Care Center, que además puede incluir varios años atrás.

---

**MI FIRMA A CONTINUACIÓN CERTIFICA QUE LEÍDO Y ENTENDIDO EL ALCANCE DE MI CONSENTIMIENTO Y QUE AUTORIZO EL ACCESO.**

**Prácticas de privacidad**

Reconozco que he recibido una copia del aviso de privacidad de East Liberty Family Health Care Center, que describe cómo puede utilizar y divulgar mi información médica privada, y cómo puedo acceder a ésta y controlar el uso y divulgación de esta información.

He leído este consentimiento para tratamiento, divulgación de expedientes, pagos y opciones de cuidado médico y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

Si el paciente es menor de edad o tiene un representante legal, padre. Por favor que firme a continuación:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ (mes/día/año)

---

(Relación con el paciente)