

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SERVICIOS: Doy mi consentimiento y autorizo la realización de todos los tratamientos, cirugía y servicios médicos por el personal de salud del Alexander Valley Healthcare. Estos pueden incluir, pero no están limitados a: tratamiento durante evaluaciones o servicios, procedimientos de laboratorio, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, o anestesia que se me proporciona bajo las instrucciones generales y especiales de mis proveedores.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LOS SERVICIOS: Yo autorizo a mi seguro pagar beneficios directamente a Alexander Valley Healthcare. Entiendo que yo puedo tener responsabilidad financiera para todos o una porción de los cargos por los servicios profesionales prestados y remitiré el pago apropiado en el momento de servicio, incluyendo específicamente copagos y cargos por servicios que no están cubiertos por mi seguro.

PÓLIZA DE COPAGO: Si es aplicable, en el momento del registrar, se me pedirá pagar a mi copago. Si no pago mi copago, entiendo que mi visita puede ser cancelada.

SEGURO: Reconozco que es mi responsabilidad entender los beneficios y limitaciones de beneficios bajo mi plan de salud o seguro y debo comunicarme con mi plan de seguro de salud si tengo alguna pregunta.

REFERENCIA A ESPECIALISTA / AUTORIZACION: Yo entiendo que dependiendo de mi seguro puedo necesitar una referencia a ver un especialista. Si es así, y mi proveedor decide que es médicamente necesario, voy a permitir 7-10 días laborales para este proceso. Yo le informaré puntualmente de las solicitudes que estén decididas a no ser apropiados o necesario. Entiendo si decido acceder a servicios especializados sin la previa autorización de mi proveedor, o elijo utilizar una opción de punto de servicio y no notificar a Alexander Valley Healthcare si mi plan de seguro requiere proveedores externos específicos como laboratorios para llevar a cabo servicios mencionados, seré financieramente responsable por los servicios prestados y mi seguro pueden no cubrir los servicios pertinentes.

SERVICIOS AUXILIARES: Entiendo dependiendo de mi seguro, puedo recibir factura independiente de laboratorio y otros servicios auxiliares.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo la liberación de mi expediente médico u otra información necesaria para proporcionar una atención de salud, para procesar mis reclamos médicos y para otros propósitos relacionados con las operaciones de atención médica. Información adicional esta proporcionada en nuestro aviso de prácticas de privacidad.

CUOTAS POR LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE: Entiendo que pueden cobrar una cuota al solicitar copia de mi información de salud, incluyendo el costo de copiar (útiles y mano de obra), gastos de envío (si la información se enviará por correo) y preparación para cualquier resumen o explicación si se acordaron de antemano.

TARIFAS PARA FORMAS: Entiendo, que en caso de solicitar cualquier formulario completado por mi proveedor de que no están directamente relacionados con atención al paciente puedo ser obligado a pagar una cuota. Ejemplos de esas formas incluyen, pero no están limitados a: excusa de deber al jurado, aplicaciones de permiso familiar pagado, informes sobre accidentes y etc. Puede haber otras formas con costos asociados.

POLÍZA DE LLEGADA EN TIEMPO: Entiendo que debo llegar al menos 15 minutos antes de la hora de mi cita para registrar y completar información antes de la hora que mi proveedor está programado para verme. Si llego tarde a mi cita programada entiendo que puede ser necesario reprogramar mi cita. Mi proveedor(es) intentan de mantener a tiempo de citas, pero entiendo que las necesidades urgentes o complejo para los pacientes con citas previas pueden causar mi proveedor a llegar tarde a mi cita.

POLIZA DE NO PRESENTARSE A LA CITA: Entiendo que, si no me presento a citas con mi proveedor, puede causar no programar citas en el futuro y estar en una lista de solamente programar citas el mismo día.

RELLENAR MEDICAMENTO: Entiendo que rellenar medicamentos puede tardar 24-48 horas y que la manera más eficiente para conseguir un relleno es directamente con mi farmacia. Con el fin de asegurar rellenos del medicamento, estoy de acuerdo en notificar a la oficina de mi proveedor mi farmacia preferida.

FOTOGRAFIA DEL PACIENTE: Entiendo que Alexander Valley Healthcare está profundamente comprometido con la seguridad y protección de mi identidad. Estoy de acuerdo que mi fotografía tomada al registrarme es inclusivamente para mi expediente médico. Entiendo que mi fotografía se utilizará para protegerme del robo de identidad, para garantizar la seguridad del paciente y personalizar aún más los servicios que recibirá. Mi foto ayuda a confirmar a todos los miembros del Alexander Valley Healthcare que tenga acceso a mi expediente médico sea el correcto.

INICIALES DEL PACIENTE:

ACERCA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En Alexander Valley Healthcare nos comprometemos a proteger su información personal de salud y cumplimiento de la ley. Adjunto aviso de privacidad:

- Nuestras obligaciones bajo la ley respetar a su información de salud personal.
- Cómo podemos usar y divulgar la información médica que mantenemos acerca de usted.
- Sus derechos relativos a su información de salud personal.
- Nuestro derecho a cambiar nuestro aviso de prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este aviso.
- La persona en contacto para más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

RECONOCIMIENTO QUE EL PACIENTE RECIBIO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Doy consentimiento que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad.

INICIALES DEL PACIENTE:

Certifico que he leído y entiendo completamente lo anterior. Cualquier cosa que no entendi fue explicado. No tengo duda o preguntas adicionales.

Firma: _____
Si un menor de edad, firma, nombre y fecha del padre / tutor:

Fecha: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre Escrito: _____