



Consentimiento General Para el Tratamiento Medico

Consentimiento para Tratamiento: Al firmar este documento, el paciente, pariente responsable, o representante legal del mismo, voluntariamente da su consentimiento y autorización para recibir el cuidado y tratamiento médico que resulte necesario, incluyendo el examen físico y mental, los exámenes de diagnóstico, los procedimientos médicos, y los medicamentos que le sean suministrados por el personal autorizado por Borrego Health: médicos, dentistas, enfermeras y asistentes medicos, personal de enfermera, y demás personal auxiliar que se juzgue necesario o recomendable por la opinion profesional. Yo, el o la firmante de este documento, tengo entendido que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no hay garantas relacionadas con los efectos de los tratamientos para cualesquier condición medica.

Servicios de telesalud: Ciertos servicios de salud pueden ser proporcionadas a mí por un sistema de tele salud o telecomunicaciones que permite a mi proveedor ver mi estado y me dan con el tratamiento directamente cuando estoy fuera de sitio. Tengo derecho a recibir una descripción de los riesgos, beneficios y consecuencias de los servicios de tele salud y una descripción de mis derechos de privacidad que se relacionan con servicios de tele salud. Tengo el derecho a cancelar servicios de tele salud en cualquier momento. Puedo tener acceso a copias de toda información transmitida. Mi información no se divulgará a otras entidades sin mi consentimiento. Si el tratamiento se proporciona mediante un sistema asíncrono, tengo derecho a solicitar y recibir una comunicación interactiva con mi proveedor dentro de los 30 días de mi solicitud.

Derecho al rechazo de tratamiento: Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones sobre todos los cuidados y tratamientos, y que puedo pedirle al profesional del cuidado médico para explicar algo que no se entiende. Este derecho incluye el derecho a rechazar cualquier tratamiento.

Programas de enseñanza: Borrego Health participa y contrata con instituciones para la enseñanza de los estudiantes de medicina, internos, residentes, estudiantes de Artes de curación del entrenamiento (es decir: de enfermería, higienistas, técnicos de rayos x, asistentes dentales) y estudiantes de postgrado. Entiendo que estos alumnos pueden participar en la atención brindada en el supervisión de personal calificado y con licencia.

Consentimiento para compartir Información: Yo autorizo a los empleados de Borrego Health y afiliados a liberar información de mi medica registros como es necesario a completar formas para el continuo cuidado, pago por parte de compañías de seguros, planes de atención médica y terceros pagadores, incluidos empleadores, planes de servicios de salud o compañías de compensación para trabajadores.

_____Yo reconozco que recibe el Aviso de privacidad prácticas que contornos que salud información puede ser usada o divulgó.

_____Yo consiento a tales revelaciones como delineados en el aviso y entiendo que esto puede incluir información relacionada con el VIH/SIDA, servicios de salud mental y tratamiento de alcohol y drogas abuso.

Consentimiento Para Verificar Medicamento Del Paciente: Además, autorizo a Borrego Health a verificar mi historial de medicamentos recetados anterior y actual con el fin de considerar adecuadamente los nuevos medicamentos y la continuidad de la atención. Estoy informado y reconozco que esta verificación de medicamentos recetados será realizada por un administrador externo (Administrador de Beneficios de Farmacia) a quien Borrego Health contrata para proporcionar dichos servicios.

Asignación De Beneficios De Salud: Autorizo e indico a la compañía de seguros que realice el pago directamente a Borrego Health por los beneficios médicos, dentales o de la vista que de otra manera me pagarían a mí o a mi garante como pago de los cargos totales por los servicios profesionales prestados. Entiendo que el seguro, los copagos, el coseguro y los servicios no cubiertos son mi responsabilidad financiera o la de mi garante.

Acuerdo Financiero: Estoy de acuerdo en pagar, ya sea firmando como paciente o representante del paciente, los cargos incurridos en Borrego Health de acuerdo con el programa de tarifas establecido. Entiendo que si soy miembro de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y no he obtenido la autorización para el pago de los servicios, seré responsable financieramente de todos los servicios no cubiertos. También entiendo que soy responsable de cualquier saldo adeudado y que se requerirá un depósito en efectivo para los pacientes que de otro modo no estén aprobados para el programa de descuento de tarifas móviles u otros beneficios públicos.

Declaración Anticipada: Los adultos mayores de 18 años tienen derecho a: (a) dar instrucciones sobre su futura atención médica o (b) designar a un representante del paciente para que tome decisiones médicas por ellos si pierden la capacidad de tomar decisiones individuales. Entiendo que la información sobre las instrucciones anticipadas está disponible para mí si la solicito. He ejecutado una directiva anticipada SÍ NO (en caso afirmativo, proporciónenos una copia). Me gustaría más información SI NO

Paciente:

Padre/Guardián Legal:

Nombre de Paciente

Nombre de Padre/Guardian Legal

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Testigo:

Nombre de Testigo

Fecha