

CENTRO MÉDICO PORTER

Consentimiento general para tratamiento

Nombre del paciente en letra imprenta

Fecha de nacimiento del paciente en letra imprenta

Entiendo que este consentimiento general para tratamiento/atención corresponde al Centro Médico Porter, Inc. y sus entidades afiliadas, divisiones, programas, departamentos y unidades, incluyendo, entre otras: Hospital Porter, Casa de Ancianos Helen Porter, Medicina Familiar Addison, Medicina Interna Bristol, Ortopedia Champlain Valley, Consultorio Familiar Little City, Medicina Pediátrica y para Adolescentes Middlebury, Medicina Familiar Neshobe, Cardiología Porter, Otorrinolaringología Porter, Salud de la Mujer Porter y Cuidado de Pies Middlebury (referidos en adelante como "Centro Médico".)

1. Consentimiento para tratamiento/atención

Doy mi consentimiento para tratamiento y atención por parte del Centro Médico y sus médicos, empleados y/o agentes autorizados del Centro Médico según ellos lo juzguen necesario sea lo mejor para mí. Esto puede incluir diagnóstico de rutina, radiología, procedimientos de laboratorio, fotografías y/o grabaciones tomadas para ayudar con el diagnóstico y/o tratamiento de una condición, y administración de medicamentos. Reconozco que no se han dado garantías sobre el efecto de dicho tratamiento y atención sobre mi afección. Yo asumo la responsabilidad por la propiedad personal que traigo conmigo.

Entiendo que salvo en circunstancias de emergencia o extraordinarias, no se me realizará ningún procedimiento importante sin darme antes la oportunidad de dar mi consentimiento informado sobre dicho procedimiento. Consentimiento informado significa que el proveedor médico debe presentarme con la información que incluya los beneficios y riesgos que se esperan de un procedimiento y/o tratamiento en particular. Este acuerdo implica que no se me puede practicar procedimientos de investigación o experimentales sin mi conocimiento y consentimiento.

Por medio del presente autorizo al Centro Médico a disponer, según su conveniencia, de cualquier espécimen o tejido extraído de mi cuerpo durante mi visita.

Entiendo que el consentimiento se está dando con anticipación de cualquier diagnóstico y/o tratamiento específico y pretendo que el consentimiento siga vigente incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y/o recomendado un tratamiento.

2. Autorización para divulgar información

Mediante el presente autorizo al Centro Médico a usar y/o divulgar la información de mi salud con propósitos ligados al tratamiento, pago de la atención (en virtud del párrafo 4 a continuación) y/o operaciones del cuidado de la salud.

3. Autorización para pagar beneficios al proveedor

Mediante el presente autorizo el pago de beneficios al Centro Médico. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta autorización. En consideración de los servicios prestados, yo mismo me obligo a pagar la cuenta del Centro Médico de acuerdo a las tasas regulares y los términos del Centro Médico. Si tengo derecho a servicios de atención médica bajo cualquier póliza de seguro (incluyendo automóvil sin culpa y compensación de trabajadores) de cualquier persona u organización que pueda ser responsable ante mí para proporcionar tales beneficios, asigno dichos beneficios al Centro Médico. En el caso de falta de pago, acepto pagar todos los costos razonables de cobro, incluyendo honorarios de abogados.

4. Asignación de beneficios del seguro y divulgación de información (marque una)

Autorizo el pago directo de cualquier beneficio de seguro privado o del gobierno al Centro Médico que sean pagaderos a mi persona o a nombre mío, a una tasa que no exceda los cargos estándares del Centro Médico. Entiendo que el pago al Centro Médico por parte de una compañía de seguros, en virtud de esta autorización, liberará a dicha compañía de seguros de cualquier obligación bajo una póliza en lo referente a dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no pagados por esta asignación, salvo se disponga lo contrario en un acuerdo separado entre el Centro médico y la compañía de seguros.

Yo no autorizo el pago directo de los beneficios de seguro o la divulgación de información médica a los aseguradores y reconozco que asumo la total responsabilidad de todos los cargos asociados con esta visita.

(Página 1 de 2)

CENTRO MÉDICO PORTER

Consentimiento general para tratamiento

Nombre del paciente en letra imprenta

Fecha de nacimiento del paciente en letra imprenta

5. Consentimiento para llamadas inalámbricas, mensajes de texto y correos electrónicos

Doy mi consentimiento para recibir llamadas, mensajes de texto y correo electrónico del Centro Médico, sus agentes o sus representantes a los números y direcciones de correo electrónico que yo brinde durante mi registro con los siguientes propósitos: recordatorios de citas, recordatorios de salud general, el servicio de mi cuenta, cobro de pagos retrasados y la opinión de su experiencia. Los mensajes pueden ser generados y enviados por medio de un sistema automático de notificaciones. Los mensajes pueden ser pregrabados y enviados. Entiendo que no estoy obligado a dar este consentimiento para poder recibir atención médica. Entiendo que puede haber cargos por los mensajes y la información.

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento utilizando cualquier método razonable, como ser oralmente o por escrito. Además entiendo que al revocar este consentimiento, el acceso a mi Portal del Paciente dejará de estar activo.

Se me ha ofrecido una explicación completa de este formulario y entiendo su contenido y su significado.

Certifico que lo he leído, he recibido una copia de este documento si la solicité, y que soy el paciente o el representante legal de dicho paciente.

Firma del paciente (o del representante legal) Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Nombre en letra imprenta Si es el representante legal: relación con el paciente

Testigo Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Segundo testigo (solo necesario cuando se autoriza por teléfono) Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL RECLAMAR POR UNA LESIÓN LABORAL U OTRA ATENCIÓN/SERVICIOS OCUPACIONALES

Por medio del presente autorizo al Centro Médico a divulgar la siguiente información de mi registro médico concerniente a mi accidente laboral a mi compañía de compensación al trabajador.

Fecha de la lesión: _____

Firma del paciente (o del representante legal) Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Nombre en letra imprenta Si es el representante legal: relación con el paciente

(Página 2 de 2)