

## Consentimiento general para el tratamiento y la recepción de notificaciones

---

---

---

**Autorización para tratamiento médico:** Por la presente reconozco, acepto y doy mi consentimiento para el diagnóstico, tratamiento, tratamiento de la salud del comportamiento, quiropráctico, y tratamiento dental, según lo considere necesario el Centro de atención médica comunitaria de Lakeshore (Lakeshore Community Health Care, LCHC) y según lo indique apropiado mi proveedor de tratamiento, sus asistentes y personas designadas. Esta autorización incluye, pero no está limitada a, procedimientos diagnósticos rutinarios, ambulatorios, exámenes de laboratorio, rayos X y otras pruebas o procedimientos. También autorizo que se divulguen copias de la historia clínica a otros médicos y centros de atención médica, según lo considere necesario cualquier médico(s) o proveedor bajo quienes esté mi cuidado. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía como resultado del examen y el tratamiento recibidos en este centro. Reconozco que mi cuidado está bajo la dirección de mi proveedor de tratamiento y que LCHC seguirá las instrucciones de mi(s) proveedor(es) en el puesto de dicha asistencia.

**Asistencia al paciente:** Yo, el abajo firmante, acepto hacer cumplir mis responsabilidades para hacerme cargo de mi atención médica, trabajar con mi proveedor y mantener el cumplimiento del plan de asistencia designado por mis proveedores para mi salud y bienestar.

**Objetos personales de valor:** Acepto toda la responsabilidad de todas las propiedades en mi posesión. Entiendo que LCHC no se responsabiliza por ningún bien que sea personal y que esté en mi posesión.

**Asignación de beneficios:** Por la presente, asigno todos los beneficios del seguro o beneficios de Medicare o Medicaid a LCHC, y autorizo el pago directo a la institución. Dicho pago incluye el pago de todos los cargos incurridos durante el tratamiento, visita y observación en todas las clínicas para LCHC. Estoy de acuerdo en que soy responsable del aspecto financiero de mi asistencia médica y mantendré el cumplimiento de todos y cada uno de los planes de seguros, planes de seguros de Medicare o Medicaid y cualquier pago automático o detalles de tarifas variables. Una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

**Representante autorizado:** Por la presente, autorizo a LCHC, sus centros de atención médica, sus agentes y representantes a actuar en mi nombre para cobrar reclamaciones de beneficios, apelar por determinaciones adversas de beneficios y para emprender cualquier acción que considere necesaria para obtener el pago de los servicios que me proporcionó dicho(s) centro(s) de atención médica.

**Declaración de responsabilidad:** Entiendo que soy financieramente responsable ante LCHC como el paciente, tutor, protector o asegurado, de todos los cargos no cubiertos por las asignaciones o programas anteriores. Los cargos pueden incluir deducibles de seguro médico o dental, coaseguro y gastos personales.

**Autorización para divulgar información a la compañía de seguros o pagadores externos:** Por la presente, autorizo a los centro(s) médico(s) autorizado(s), incluida la Administración de Veteranos u hospital gubernamental, cualquier compañía de seguros u otra persona, institución u organización para divulgar mi historia clínica a cualquier persona, corporación, compañía de compensación de trabajadores, agencia gubernamental (o representante de la misma) que es o puede ser responsable bajo cualquier contrato o programa gubernamental de dicho centro médico, del paciente o un miembro de la familia, por la totalidad o parte del cargo del(los) centro(s) médico(s). Dicho centro médico procurará proteger la confidencialidad de mi historia clínica. Sin embargo, el centro médico no será responsable por divulgar dicha historia clínica o cualquier parte de la misma, cuando se responde de buena fe a una divulgación aparentemente válida.

**Servicios no cubiertos de Medicare o Medicaid:** los programas de Medicare y Medicaid tienen ciertos cargos que están excluidos de la cubertura, incluidos, pero no limitados a: cirugía estética, cirugía dental no relacionada con la asistencia médica, pruebas diagnósticas rutinarias, exámenes físicos rutinarios y medicamentos orales. Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos si mi cuadro médico o dental indica alguno de los tratamientos o cuidados mencionados en la lista.

**Instrucciones anticipadas para atención médica:** entiendo que puedo indicar por escrito (instrucciones anticipadas, es decir, testamento vital y poder notarial duradero) mi deseo de recibir, seleccionar o definir un tratamiento médico o quirúrgico o elegir un no tratamiento. LCHC reconocerá dichas instrucciones en virtud de la ley de Wisconsin y la(s) política(s) del centro(s) médico(s) si ambas declaraciones de Instrucción anticipada se proporcionan al(los) centro(s) médico(s) para que se archive una copia con cualquier historia médica.

**Indique sus representantes personales (a partir de los 18 años\*) autorizados para acceder a su información de salud o para autorizar un tratamiento en su nombre. \*Los menores emancipados están exentos de la restricción de edad.**

Nombre	Parentesco	Dirección	N.º de teléfono	Autorización de tratamiento
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**Coloque sus iniciales:**

       Autorizo el uso de servicios de telesalud por video y/o teléfono.  SÍ  NO

       Acepto la notificación de las prácticas de privacidad y los derechos y responsabilidades del paciente de LCHC.

       Entiendo que me pueden cobrar cargos que no cubre mi copago o seguro.

       **LCHC forma parte de un acuerdo de atención médica organizada que incluye participantes de OCHIN.** Hay una lista actualizada de los participantes de OCHIN disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como asociado comercial de LCHC, OCHIN suministra tecnología de la información, incluido LAKESHORE Health Connect y servicios relacionados con LCHC y otros participantes de OCHIN. Para los niños menores de 12 años, el acceso de proxy a MyChart se compartirá automáticamente con un parent o tutor. Esta organización también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer normas de mejores prácticas y acceder a los beneficios clínicos que se pueden derivar del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las remisiones internas y externas de pacientes. LCHC puede compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para fines de operación de atención médica del acuerdo de atención médica organizada.

---

**Firma del paciente/padre o madre, si es menor de edad/poder notarial/tutor**

**Fecha**

---

Firma de la parte responsable (si no es la misma que la del paciente o parent)

Fecha

---

Firma del titular de la póliza de seguro (si no es la misma que la anterior)

Fecha