

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Entiendo que Carolina Family Health Centers, Inc. (CFHC, Inc.) es un programa integrado de atención médica compuesto por varias entidades, que incluye entre otras, Carolina Family Dental Center, Freedom Hill Community Health Center, Harvest Family Health Center y Wilson Community Health Center.

Las siguientes son las condiciones para que CFHC, Inc. preste servicios. El consentimiento general para el tratamiento le otorga a CFHC, Inc. su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos / dentales razonables y necesarios. Estas condiciones y consentimiento seguirán siendo completamente efectivos hasta que usted los revoque por escrito. Usted tiene derecho de interrumpir los servicios en cualquier momento.

Consentimiento General para el Tratamiento: al firmar a continuación, estoy indicando que (1) este consentimiento continúa en su naturaleza incluso después de que se haya hecho un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento; y (2) Doy mi consentimiento para recibir tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. Entiendo que tengo derecho a discutir el plan de tratamiento con mi proveedor médico respecto al propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se me solicite. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho garantías sobre el resultado de los tratamientos o exámenes. Entiendo que, si tengo alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por mi proveedor de atención médica, puedo hacer preguntas.

Mi firma abajo indica que solicito voluntariamente a un médico, dentista, practicante avanzado (enfermero practicante, asistente médico o practicante farmacéutico clínico) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según se considere necesario, realizar un examen médico/dental razonable y necesario y el tratamiento para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta clínica. Entiendo que, si se recomiendan procedimientos invasivos o de intervención adicionales, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de que se realicen las pruebas o los procedimientos.

Autorización para la Divulgación de Información: reconozco que, de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), CFHC, Inc. está autorizada a divulgar mis registros médicos a otros especialistas de atención médica, entidades o agencias reguladoras para llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, realizar ciertas operaciones de atención médica y cumplir con las leyes federales y estatales.

Doy permiso a CFHC, Inc. y a sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías o hacer videos o dibujos míos con fines de tratamiento permitido, pago u operaciones de atención médica (que pueden incluir evaluación de la calidad, educación y capacitación), siempre y cuando sea consistente con las políticas y leyes que protegen mis derechos.

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: reconozco que he recibido una copia o se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Carolina Family Health Centers, Inc. Entiendo, según lo dispuesto en el Aviso, que los términos del Aviso pueden cambiar. Puedo obtener una copia revisada contactando al Oficial de Privacidad.

Responsabilidad Financiera: acepto ser responsable de mis copagos, deducibles u otros cargos por servicios no cubiertos o pagados por el seguro u otros pagadores externos. Autorizo a CFHC, Inc. a presentar cualquier reclamo a mi seguro, si corresponde, para el pago de cualquier parte de mi factura y asigno todos los derechos y beneficios a CFHC, Inc. Además, acepto, sujeto a la ley estatal o federal, pagar todos los costos, honorarios de abogados, gastos e intereses en caso de que CFHC, Inc. tome medidas para cobrarme debido a que no pagué en su totalidad todos los cargos incurridos. Si pagué en exceso cualquiera de mis cuentas con CFHC, Inc., acepto que el sobrepago se puede aplicar para pagar los cargos pendientes en cualquiera de mis otras cuentas con CFHC, Inc.

Solicitud de Certificación, Asignación y Pago de Medicare/Medicaid/Seguro de Salud: me han informado que Medicare solo pagará los servicios que determine que son razonables y necesarios según la sección 1862 (a) (1) de la Ley de Medicare. Certifico que la información proporcionada por mí o por mi representante autorizado al solicitar el pago de mi atención médica bajo los programas de Medicare o Medicaid es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a CFHC, Inc. en mi nombre. Autorizo a CFHC, Inc. a facturar directamente y asigno el derecho a todos los beneficios de seguro de salud y responsabilidad que de otra manera me serían pagaderos, y autorizo el pago directo a CFHC, Inc.

Autorización de Contacto: CFHC, Inc., o sus agentes o representantes, pueden comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número que figure en mis registros de CFHC, Inc., incluidos los números de teléfono inalámbrico, con el fin de atender mi cuenta y cobrar los montos adeudados. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados o artificiales y el uso de servicios de marcación automática.

Número de Seguro Social: he dado mi número de seguro social voluntariamente. CFHC, Inc. puede usarlo para identificación precisa, presentación de reclamos de seguro, facturación y cobranzas, y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Propiedad Personal: entiendo que CFHC, Inc. no asume la responsabilidad de mis pertenencias personales que mantengo en mi posesión, y libero a CFHC, Inc. de toda responsabilidad por la pérdida o el robo o el daño de dichas pertenencias.

ENTIENDO QUE PUEDO ANULAR POR ESCRITO ESTE CONSENTIMIENTO. MI ANULACION NO SERÁ EFECTIVA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR CFHC, INC. O QUE ESTEN EN CURSO.

AUTORIZO A CFHC, INC. A PUBLICAR TODOS LOS REGISTROS REQUERIDOS PARA ACTUAR EN ESTAS SOLICITUDES. HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, RECIBÍ UNA COPIA Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE DOCUMENTO.

Nombre del Paciente (letra imprenta)

Fecha de Nacimiento

MR#

Firma del Padre/Madre/Tutor

Fecha

(Padre o Madre debe firmar por niño menor de edad)