

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Yo, siendo consciente de que padezco una afección que requiere tratamiento diagnóstico, médico o quirúrgico, por el presente otorgo mi consentimiento voluntario para dichos procedimientos y para la atención asociada a dichos servicios médicos, quirúrgicos o de otra índole que se me brinden bajo las instrucciones generales y específicas del Dr./Dra. _____, sus asistentes y profesionales designados según el médico considere necesario.

Reconozco que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y que nadie me ha garantizado el resultado de los tratamientos o exámenes del Dr./Dra. _____.

Firma del paciente

Fecha

O BIEN

Firma del tutor legal

Fecha

Fecha _____

Lugar _____

Médico _____

N.º de cuenta _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

Para uso exclusivo del consultorio

Teléfono del hogar (con prefijo) _____

Teléfono celular (con prefijo) _____

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial) _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección del domicilio _____

Ciudad, estado, código postal _____

Dirección postal _____

Ciudad, estado, código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ N.º del Seguro Social (SSN) _____

Mujer Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a)

Hombre Viudo(a) Otro(a)

Empleador _____

Profesión _____ Teléfono del empleador (con código de área) _____

Dirección del empleador _____

Ciudad, estado, código postal _____

Médico que lo derivó _____

Médico de atención primaria _____

Seguro principal

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado (mes/día/año) _____

N.º de grupo _____

N.º de póliza _____

Seguro secundario

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado (mes/día/año) _____

N.º de grupo _____

N.º de póliza _____

- Entiendo que soy responsable de los cargos que las partes mencionadas anteriormente no cubran o reembolsen. Acepto que, en caso de impago, asumiré los costos de los intereses, el cobro y las acciones legales (si el resultado lo requiere).
- Autorizo a mi compañía de seguro a divulgar información sobre mi cobertura a Texas Oncology–San Antonio. También autorizo la divulgación de cualquier información o informe médicos relacionados con mi tratamiento a cualquier médico.
- Por el presente, asigno mi derecho al pago de todos los medicamentos, procedimientos, pruebas, alquiler de equipos médicos, suministros y servicios de enfermería/clínicos, incluidos todos los principales beneficios médicos a Texas Oncology–San Antonio. Esta asignación cubre todos y cada uno de los beneficios cubiertos por Medicare, otros programas patrocinados por el Gobierno, seguros privados y cualquier otro plan de salud. Acepto este documento como asignación legalmente vinculante para cobrar mis beneficios a fin de cubrir el pago de los reclamos por los servicios que se me presten. En el caso de que mi compañía de seguro no acepte la asignación de beneficios, o de que los pagos me lleguen directamente a mí o a mi representante, endosaré dichos pagos a Texas Oncology–San Antonio.
- Comprendo que tengo derecho a solicitar y recibir un *Aviso de prácticas de privacidad* por parte de Texas Oncology–San Antonio.

LA VIGENCIA DE ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO SERÁ PERMANENTE, A MENOS QUE YO LO REVOQUE POR ESCRITO.

He leído y recibido una copia de las declaraciones mencionadas con anterioridad y acepto los términos. Las copias duplicadas de la declaración tienen la misma vigencia que el original.

Firma del paciente _____

Fecha/Hora _____

a. m./p. m. _____

Firma de la parte responsable _____ Relación _____

Fecha/Hora _____

a. m./p. m. _____

Iniciales del empleado _____



More breakthroughs. More victories.®

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Declaro que he recibido un paquete de información para nuevos pacientes que incluye una copia de los siguientes documentos:

- Carta a los pacientes
- Derechos y responsabilidades de los pacientes
- Información sobre directivas anticipadas
- Aviso de prácticas de privacidad

He leído y entiendo estos documentos.

Nombre en letra de imprenta del paciente

Fecha

Firma del paciente



More breakthroughs. More victories.®

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE LA SALUD

Yo, _____, por la presente autorizo a Texas Oncology–San Antonio a usar y divulgar mi información de la salud en la manera descrita a continuación. Comprendo que mi información de la salud puede volver a ser divulgada por las personas u organizaciones que la reciban de Texas Oncology–San Antonio, y que llegado ese momento es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales. Comprendo que tengo derecho a solicitar y recibir un Aviso de prácticas de privacidad por parte de Texas Oncology–San Antonio. *Firmo voluntariamente esta autorización y entiendo que mi capacidad para obtener atención médica por parte de Texas Oncology–San Antonio no se verá afectada si me niego a firmar esta autorización.*

1. Describa específicamente la información de la salud cuyo uso y/o divulgación por parte de Texas Oncology–San Antonio autorice, incluyendo las fechas y tipos de servicios:

2. La información de la salud descrita anteriormente puede usarse y/o divulgarse con los siguientes fines:

3. Personas u organizaciones autorizadas por usted para usar y/o divulgar la información de la salud descrita anteriormente:

4. Personas u organizaciones autorizadas a recibir la información de la salud descrita anteriormente:

5. La vigencia de esta autorización vencerá _____ (fecha o evento que haga que la vigencia venza).

6. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Oncology–San Antonio. Soy consciente de que mi revocación no será efectiva en la medida en que las personas a las que había autorizado para usar y/o divulgar mi información de la salud ya hayan actuado en virtud de dicha autorización.

Firma del paciente

Fecha

Si la autorización la firma un representante personal del paciente en nombre de este, complete la siguiente sección:

Nombre del representante personal

Relación con el paciente

Distribución: Original > Expediente médico; Copia > Paciente o representante personal



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS EXPEDIENTES MÉDICOS O DE FACTURACIÓN

Yo, _____, el abajo firmante, por la presente autorizo a

Nombre del médico

Dirección del médico

a divulgar toda la información de la salud y de facturación contenida en los expedientes médicos recopilada durante el tiempo como su paciente a las siguientes partes:

Nombre de la persona a quien se divulgan los expedientes

Dirección de la persona que recibirá los expedientes

Nombre de la persona a quien se divulgan los expedientes

Dirección de la persona que recibirá los expedientes

Nombre de la persona a quien se divulgan los expedientes

Dirección de la persona que recibirá los expedientes

Nombre de la persona a quien se divulgan los expedientes

Dirección de la persona que recibirá los expedientes

Avisaré a Texas Oncology–San Antonio por escrito de cualquier cambio o de la cancelación de esta autorización.

Fecha de firma

Firmas del paciente O de la persona autorizada para otorgar el consentimiento en nombre del paciente