

Consentimiento del Paciente

Solicitud de Atención y Consentimiento para Recibir Tratamiento

El infrascrito otorga su consentimiento para recibir atención médica y tratamiento, según se juzgue necesario o aconsejable a criterio de mi médico u otro proveedor, lo que puede incluir, entre otras cosas, procedimientos de laboratorio, exámenes radiológicos, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos, anestesia u otros servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico del paciente. BayCare Medical Group tiene el derecho de rehusarse a tratarlo si usted se niega a firmar este consentimiento o si, en algún momento, decide revocarlo.

Cesión de los Beneficios del Seguro

Autorizo que se paguen directamente a BayCare Medical Group los beneficios del seguro que en otras circunstancias me pagarían a mí por los servicios recibidos, a una tarifa que no podrá ser superior a los cargos habituales de BayCare Medical Group por tales servicios.

Divulgación de Información Médica

Entiendo que BayCare Medical Group, sus asociados comerciales, los médicos o cirujanos tratantes y/o mi compañía de seguros pueden obtener, usar y/o revelar información para los efectos de tratamiento, pago y operaciones normales de atención de la salud. Este uso y divulgación puede incluir a agencias de cobranzas y oficinas de informes crediticios. La información puede incluir cuestiones psiquiátricas y de drogadicción, alcoholismo y/o estado serológico respecto al HIV, virus de inmunodeficiencia humana. Entiendo que si no otorgo mi consentimiento para divulgar la información para efectos de pago, el centro de atención y otros proveedores de servicios de salud no podrán facturar a mi compañía de seguros ni a otra entidad que sea o pudiera ser responsable del pago de los servicios documentados por la información retenida y, en ese caso, me facturarán directamente estos servicios. Los pacientes con dispositivos implantables otorgan su autorización para que sus números del Seguro Social se informen al fabricante del dispositivo para cumplir con las disposiciones de la Safe Medical Devices Act, ley de dispositivos médicos seguros. Para leer una descripción más detallada de los usos y revelaciones para tratamiento, pago u operaciones normales de atención de la salud, revise el Notice of Privacy Practices, aviso de prácticas de privacidad, de BayCare Medical Group.

Permiso para Recibir Tratamiento

Por medio del presente se otorga permiso a los médicos, empleados o agentes de la práctica médica para prestar al paciente que se menciona a continuación el tratamiento médico y quirúrgico que se juzgue necesario.

El infrascrito certifica que leyó el texto anterior, que recibió una copia del mismo y que es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como representante general del paciente para ejecutar lo anterior y acepta sus términos.

Paciente (letra de imprenta): _____

Firma del paciente o persona autorizada: _____

Parentesco: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Si el paciente no firmó, explique el motivo: _____