

HCAPS/Mercy Hospital Medical Partners

Formulario de Consentimiento del Paciente

(Por favor, lea y firme)

Yo, el firmante, doy consentimiento a lo siguiente:

- Administración y realización de todos los tratamientos
- La administración de cualquier anestésico que sea necesario
- Rendimiento de los procedimientos que se estimen necesarios o convenientes para el tratamiento de este paciente
- El uso de medicamentos recetados
- La realización de procedimientos de diagnóstico / análisis
- Realización de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptados que pueden ser considerados médicamente necesarios o convenientes basadas al criterio del médico a cargo o de su personas asignadas

Comprendo perfectamente que esto se da antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico.

Tengo la intención de que este consentimiento continúe aún después de que un diagnóstico específico se haya realizado y un tratamiento recomendado **El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocado por escrito.**

Yo entiendo que **HCAPS/Mercy Hospital Medical Partners** incluye su consentimiento en las oficinas satélite de propiedad común.

Yo, el firmante, reconozco que **HCAPS/Mercy Hospital Medical Partners** va a usar y divulgar mi información con el propósito de tratamiento médico, pago y procedimientos de cuidado de salud.

El tratamiento incluye pero no se limitan a: la administración y el rendimiento de todos los tratamientos, y la administración de cualquier anestésico que sea necesario, el uso de los medicamentos recetados, el rendimiento de los procedimientos que se estimen necesarias o convenientes para el tratamiento de este paciente, tales como los procedimientos de diagnóstico, la toma y utilización de culturas y de otras pruebas de laboratorio médicamente aceptadas, que al criterio del médico a cargo o sus representantes asignados, puede ser considerado médicamente necesario o conveniente.

El pago incluye, pero no se limitan a: la autorización de pago directo a **HCAPS/Mercy Hospital Medical Partners** de los beneficios de otro modo pagadero a mí. Yo reconozco la liberación de mis registros médicos a las aseguradoras de terceros o la persona autorizada a la que la divulgación es necesaria para establecer o cobrar una tarifa por los servicios prestados, tales como servicios de facturación y cobro, pagador de seguros, compañías de seguros por accidentes de auto, por lesiones relacionadas con el trabajo, a mi empleador o la persona designada yo entiendo que soy económicamente responsable de los cargos no cubiertos. Reconozco que los registros de pacientes pueden ser almacenada electrónicamente y estarán disponible a través de la red de informática.

Procedimientos de atención médica incluyen, pero no se limitan a: la liberación de mi información médica a cualquiera de mis médicos y sus oficinas o empresas de seguros que participan en mi cuidado o tratamiento y la calidad de dicha atención.

Este consentimiento incluye específicamente la divulgación de información médica relativa a las condiciones relacionadas a drogas, el alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, y / o enfermedades infecciosas, incluyendo pero no limitado a enfermedades de transmisión sanguínea.

Una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original.

Si hay una exposición, y la prueba del paciente es positiva, el médico informará al paciente, cualquier persona expuesta, al Departamento de Salud Pública y un asesoramiento adecuado será ofrecida.

Pacientes con Medicare: Yo autorizo a divulgar información médica sobre mí a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para mi reclamaciones de Medicare. Estoy asignando el pago a **HCAPS/Mercy Hospital Medical Partners** por sus servicios.

Reconozco que se me ha dado el Aviso de Privacidad de FHVC of West Kendall. Yo entiendo que si tengo preguntas o quejas que debo comunicarme con el Oficial de Privacidad. Inicial del paciente: _____

Yo certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores y doy consentimiento total y voluntario a su contenido.

Doy permiso para que mi información de salud protegida sea divulgue a fin de comunicar los resultados, conclusiones y decisiones sobre mí cuidado a familiares y otras personas que figuran a continuación:

Nombre: _____
Nombre: _____
Nombre: _____

Firma: Paciente (o Responsable)

Fecha: