

Formulario de Consentimiento/Autorización de la Red de Médicos

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA TRATAMIENTO/CONTACTO

Yo autorizo y doy permiso a los médicos, enfermeros con práctica médica, médicos auxiliares, parteras y sus asistentes y otros profesionales de atención médica de los consultorios médicos de Lexington Medical Center para que proporcionen el cuidado médico, tratamiento y evaluación diagnóstica razonable y necesario que mi proveedor considere aconsejable. Yo le autorizo a los consultorios de Lexington Medical Center a contactarme a cualquier número telefónico que he proporcionado con los propósitos de realizar asuntos de negocio conmigo o para contactarme acerca de mi cuenta. Doy mi consentimiento para el uso de un marcador automático con este fin. Puede que se monitoreen y se graben las llamadas salientes y entrantes de la red de consultorios médicos de Lexington Medical Center.

PERMISOS ESPECIALES

Sin perjuicio de lo anterior, yo además autorizo y doy permiso a los consultorios médicos de Lexington Medical Center para realizar las siguientes acciones a menos que yo explícitamente objete al tachar la acción y poner mis iniciales junto a ella.

1. Examinar, utilizar, conservar, y/o deshacerse de cualquier tejido, fluido o partes extraídas de mi cuerpo de la forma que sea (menos para la donación y/o trasplante de órganos).
2. En el caso de que cualquier miembro del personal que asista en la provisión de atención médica y tratamiento sufra una exposición involuntaria a mi sangre y/o a cualquier otra sustancia corporal mía que pueda transmitir una enfermedad y no pueda consultar con mi médico oportunamente antes de hacer análisis, yo consiento a que se realicen análisis limitados para determinar la presencia, si la hubiera, de anticuerpos de la hepatitis A, B, y C y el VIH.
3. Tomar y utilizar fotos mías para propósitos únicos de identificación interna de pacientes. Esta fotografía no será expresamente utilizada con fines de publicidad sin mi consentimiento expreso por escrito.
4. Permitir que estudiantes/residentes, bajo la supervisión directa de mi médico, observen y participen en mi atención médica y tratamiento. Tendré la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de o durante una cita.
5. Comunicarse conmigo al número de celular que he proporcionado, incluyendo por texto y/o por voz, sobre mi atención médica, así como todo avisos pertinentes al negocio, los cuales incluyen, pero no se limitan a, avisos de contabilidad, información sobre la facturación, y mensajes de cobranzas. Autorizo que la comunicación sobre la atención médica incluya pero no se limite a recordatorios sobre citas, mensajes para confirmar citas, instrucciones posoperatorias o para la atención domiciliaria, información después del alta, resultados del laboratorio, y avisos sobre las recetas médicas.

DIVULGACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo autorizo y doy permiso a los consultorios médicos de Lexington Medical Center para divulgar cualquier información médica a (1) una compañía de seguro médico por la cual cobro beneficio y (2) cualquier proveedor médico involucrado en mi atención médica. Yo autorizo y ordeno a mis aseguradores pagar directamente a los consultorios médicos de Lexington Medical Center y/o a sus médicos cualquier y todo beneficio hasta la cantidad total de mi factura correspondiente a todos los cargos contraídos. Yo asigno a los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center, incluyendo a sus afiliados, cualquier y todo beneficio o compensación, de cualquier tipo a los cuales tengo derecho con respecto a la atención y tratamiento que reciba, incluyendo, aunque no limitándose, a la compensación de cualquier arreglo de responsabilidad o sentencia pagada por o de parte de terceros y cualquier beneficio pendiente de pago de cualquier póliza de seguros ante terceros. Yo entiendo que soy personalmente responsable por cualquier honorario restante. Yo por la presente acepto pagar todo costo y honorarios razonables en el evento de que esta cuenta sea pasada a terceros para cobranza.

Nombre del/de la Paciente en Letra de Molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del/de la paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la persona responsable (si es distinta): _____ Fecha: _____