

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

**Consentimiento para Tratamiento Medico.** Yo doy consentimiento a EG Healthcare, a su personal, proveedores medicos y otros practicantes a proveer y realizar dicha atencion medica, exámenes, procedimientos, y otros servicios que se considere necesario o beneficioso por la practica para mi salud y bienestar.

**Autorizacion de pago de beneficios del seguro medico.** Yo autorizo el pago a la practica de todo el dinero y/o beneficios de las agencias gubernamentales para los cuales puedo tener derecho, compañías de seguro u otros quienes son financieramente responsables por mi cuidado y tratamiento medico para cubrir sus costos. Por la presente autorizo la entrega de cualquier o todos mis registros medicos para el proposito de pagos de los servicios prestados a mi persona.

**Firma en los registros. (Para pacientes con seguro Medicare).** Yo certifico que mi informacion dada y los pagos aplicados a Medicare es correcto. Yo autorizo a cualquier portador de mi informacion medica a dar a conocer a la Administracion del Seguro Social y/o Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, o sus intermediarios, alguna informacion necesitada relacionada a reclamos de Medicare. Yo solicito que el pago o beneficios autorizados sean hechos a mi o en mi nombre a la practica por los servicios prestados.

**Acuerdo Financiero.** Yo estoy de acuerdo que en consideracion por los servicios prestados a mi persona, a pagar el monto por el cual soy financieramente responsable, de acuerdo con las tarifas y terminos de la Practica. Yo entiendo que en la medida que lo permite la ley en caso que el seguro medico u otros beneficios a terceros no son suficientes para pagar por todos los servicios ofrecidos, yo sere responsable por el pago o cualquier saldo determinado por el proveedor de servicios medicos, incluyendo deductibles, copagos, coseguros u otros pagos requeridos por el asegurador, HMO u otro plan de beneficios. Yo entiendo que si yo no e dado a la Practica la informacion correcta de mi seguro medico, HMO u otro plan de beneficios o tercer pagador el cual me proporciona cobertura de salud medica, Yo sere personalmente responsable por el costo de todos los servicios realizados por la practica. Yo entiendo que la Practica puede requerir un informe de crédito del consumidor en relación con el cobro de alguna cuenta.

Al firmar este formulario estoy otorgandole a la Practica asi como tambien a su agencia de coleccion y abogados una autorizacion escrita para obtener un informe de credito del consumidor. Estoy de acuerdo en pagar todas las facturas cuando sean presentadas. Si la cuenta debe de ser referida a un abogado para colleccion, yo debo pagar toda cuota razonable de pagos a los abogados y gastos de coleccion. Yo entiendo que Habra un cargo de \$25 por cada cheque regresado.

**Autorizacion para liberar Informacion.** Al firmar esta forma, Yo autorizo a la Pratica a otorgar mi informacion de salud: (1) A cualquier Proveedor del cuidado de Salud para mi diagnostico, cuidado o tratamiento futuro, para el pago a proveedores o para propositos de operaciones; (2) Para cualquier persona o entidad la cual puede ser responsable de facturacion o coleccion de reclamos de productos o servicios medicos; (3) A cualquier persona o entidad la cual es, o puede ser responsable de la practica por todos o parte de los cargos incluyendo pero no limitando a, compañías de seguros, HMO o terceros; (4) A cualquier agencia gubernamental u otra organizacion responsable de la supervision de la Practica o terceros; (5) Para las operaciones

normales del cuidado de la salud de la Practica. Yo autorizo a la Practica a comunicarse conmigo a traves de correo electronico, incluso si este no es privado, y permito que los individuos enlistados en la parte de arriba de esta forma a accedan a tal informacion a traves de cualquier medio incluyendo el internet, aun cuando el correo electronico no sea privado, y a traves del sistema de registros medicos de la practica.

Yo entiendo que la practica puede acceder a informacion de cualquier farmacia de la cual yo recibo mis prescripciones. Estas prescripciones incluyen medicina para tratar SIDA /VIH, enfermedades de salud mental, abuso de sustancias, y enfermedades de transmision sexual, si es applicable. Ademias entiendo que esta informacion llegara a ser parte permanente de mis registros medicos. Yo entiendo que si yo no deseo que la Practica accede a tal informacion, debo presentar tal requerimiento por escrito.

**Filmaciones.** Yo entiendo que las fotografias u otras imagines de mi persona pueden ser grabadas para fines de garantia y calidad del tratamiento de la practica. En la medida que tales imagenes me identifican, yo entiendo que ellos recibiran la misma proteccion de confidencialidad asi como cualquier otra informacion de salud.

**Reconocimiento de Notificacion de la Privacidad de la Practica.** Yo entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta Practica origina y mantiene los registros describiendo mi historia de salud, sintomas, examinacion, resultados de exámenes, diagnostico, tratamiento y cualquier plan para cuidados o tratamientos futuros. Yo reconozco que entiendo que esta Notificacion de privacidad de la Practica proporciona una descripcion completa de los usos y revelaciones de mi informacion de salud. Yo entiendo que:

- Tengo el derecho de revisar la Notificacion de Privacidad de la Practica antes de firmar este Reconocimiento.
- Esta Practica reserva los derechos a cambiar su Notificacion de Privacidad y antes de implementarlos enviara una copia de cualquier aviso a la direccion que les e proporcionado si asi lo solicitan.

**Firma.** Yo he leido cuidadosamente, he comprendido completamente este formulario de consentimiento de informacion y he aclarado todas mis inquietudes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente.