

Identificación del paciente
(DOB, MRN)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO: Voluntariamente y con mi consentimiento acepto recibir servicios médicos por parte de los médicos de TTUHSC, empleados, asociados de negocios, asistentes o cualquier otro proveedor de servicios de salud según se considere necesario para el cuidado de mi salud. Yo entiendo que estos servicios pueden incluir diagnóstico, exámenes y tratamiento médico. Tengo claro conocimiento de que TTUHSC es una entidad educativa y por lo tanto estoy de acuerdo en participar en los programas educativos establecidos. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre alivio o el resultado de mi tratamiento.

Yo entiendo que este consentimiento será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me preste atención médica en las Clínicas Ambulatorias de TTUHSC, a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso y este aviso sea enviado a cada clínica donde se me prestó atención médica.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA: La información de salud protegida se refiere a sus diagnósticos y/o atención médica proporcionada por TTUHSC que incluye, pero no se limita, a información que se refiere a su salud mental (excepto apuntes de psicoterapia); información relacionada al tratamiento del abuso de alcohol y drogas; enfermedades contagiosas como virus de inmunodeficiencia o SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, notas de evolución en el tratamiento o cualquier otra información relacionada.

Al firmar este formulario usted permite a TTUHSC usar o revelar información de salud protegida que se refiere a su tratamiento, pago por el tratamiento, manejo del cuidado de su salud y otros asuntos según lo permita la ley. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad le proporciona información acerca de cómo TTUHSC y sus empleados pueden usar y/o revelar información de salud protegida acerca de su tratamiento, pago por el tratamiento, manejo del cuidado de su salud o por otros asuntos relacionados según lo permita y de acuerdo con la ley.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD LEGAL: Yo acepto exonerar a TTUHSC de toda responsabilidad junto con sus agentes, representantes y empleados por revelar la información confidencial estipulada en este documento. También estoy de acuerdo en que TTUHSC no debe ser considerado responsable por el uso y declaraciones de información por parte de terceras personas.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS: En consideración por haber recibido servicios médicos en esta institución, y por este medio, yo traspaso mis derechos, título, e intereses en todos los reclamos que se hagan en nombre mío a la compañía de seguro médico, Medicare/Medicaid, y a terceras partes, por pagos de servicios médicos que en otra instancia serían pagados a mí, a los médicos de TTUHSC y/o al Departamento del Plan de Ingresos Médicos para recibir estos pagos. También doy autorización para que el pago sea directamente enviado a los médicos de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos Médicos. Certifico también que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta y verdadera.

Acepto pagar todos los gastos por servicios médicos que no hayan sido cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, o terceras partes, y acepto hacer pagos de acuerdo a las condiciones establecidas por TTUHSC.

Certifico que este documento me ha sido plenamente explicado, lo he leído, o me ha sido leído, y que entiendo su contenido.

Disposición por anticipado:

Yo he firmado una Disposición por anticipado. SI NO

Su respuesta es sí, ¿esta vigente? SI NO; He proporcionado una copia firmada a TTUHSC: SI NO

Aviso de normas de privacidad:

He recibido una copia del Aviso de practicas de privacidad _____
(Iniciales del paciente)

FECHA

HORA

Paciente/otra persona legalmente autorizada

TESTIGO

Imprima su nombre

Imprima su nombre y parentesco con el paciente