

Consentimiento para Tratamiento/Acuerdo para
el cuidado de la Salud

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Consiento voluntariamente recibir médico y los servicios de la atención sanitaria proporcionados por los médicos, los empleados y tales del centro de Texas Tech University Health Sciences se asocian, los ayudantes, y otros proveedores de asistencia sanitaria (si no designado "TTUHSC"), pues mis médicos juzgan necesarios. Entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes, y el tratamiento. Entiendo que las imágenes de las fotografías, de las videocintas, digitales y/o otro se pueden hacer/registrar para los propósitos del tratamiento, de la identificación y del pago solamente. Entiendo que TTUHSC es una institución de enseñanza. Reconozco que no se ha hecho ninguna garantía o garantía yo en cuanto a resultado o la curación. Entiendo que seguirá habiendo este consentimiento al acuerdo del tratamiento/de la atención sanitaria será válido y en efecto mientras asista o reciba a servicios de las clínicas ambulatorias de TTUHSC, a menos que fue revocado por mí en la escritura con tal aviso escrito proporcionara a cada clínica que asisto o de cuál recibo servicios.

LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: Entiendo que mis prescripciones e historia de la prescripción serán enviadas, recibidas y compartidas electrónicamente con otros proveedores de asistencia sanitaria y farmacias. Además, mis informes médicos están disponibles para otros proveedores de asistencia sanitaria para los propósitos del tratamiento con los intercambios de información de la salud (HIE). Un HIE es un sistema electrónico que almacena su información de la salud de las fuentes múltiples, no apenas TTUHSC, y puede contener la información de la salud mental y del abuso de sustancia. Los proveedores intentarán excluir ciertos expedientes de la salud mental y del abuso de sustancia, pero algunas porciones de esta información pueden ser incluidas. Puedo escoger estar fuera del HIE llenando el formulario la no participación. Si cambio más adelante mi mente, puedo optar detrás de la misma manera.

Reconozco que el "aviso de las prácticas de la privacidad" proporciona más información sobre cómo TTUHSC y su mano de obra pueden utilizar y/o divulgar la información protegida de la salud (PHI). Entiendo que mi PHI incluyo alguno solamente no todo el siguiente como diagnosis, los resultados de la prueba, las prescripciones, historial médico, tratamiento, mi progreso o cualquier otra tal información relacionada referente a enfermedad mental (a excepción de notas de la psicoterapia), uso del alcohol o las drogas, o las enfermedades contagiosas tales como virus de inmunodeficiencia humana ("VIH ") y síndrome inmune adquirido de la deficiencia ("AYUDA "). Entiendo que mi PHI será utilizada o que publicada solamente para las operaciones del tratamiento, del pago o de la atención sanitaria, y según lo permitido de otra manera por la ley. Entiendo que TTUHSC no puede ser responsable de uso o del re-acceso de la información por los terceros.

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:

Yo he recibido o leído una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad. _____ (Iniciales del paciente)

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS: En consideración por haber recibido servicios médicos o cuidado de la salud, por este medio yo traspaso a los médicos y proveedores de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos de Práctica Médica, mi derecho, título, e interés en todo seguro, Medicare/Medicaid, u otros pagadores terciarios de beneficios de servicios médicos o de otros cuidados de la salud que de otra forma me pagarían a mí. Yo también autorizo que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguro médico o pagadores terciarios envíen los pagos directamente, hasta la cantidad total del costo de servicios médicos o cuidado de la salud, a los médicos de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos. Yo certifico que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta. **Yo acepto pagar todos los gastos por los servicios médicos que no sean cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, u otros pagadores terciarios, y acepto pagar de acuerdo a las condiciones establecidas por TTUHSC.**

USO DEL TELÉFONO CELULAR O DELCORREO ELECTRÓNICO:

Estoy de acuerdo TTUHSC, sus afiliados y los agentes pueden utilizar un sistema de marca automatizado del teléfono, el mandar un SMS, y correo electrónico para entrar en contacto con los números o las direcciones de correo electrónico del teléfono portátil que proporciono a TTUHSC para los propósitos de la cita y del pago. _____ (las iniciales del paciente)

DISPOSICION ANTICIPADA:

¿Usted tiene una Disposición Anticipada firmado corriente? _____ SI _____ NO
¿Ha proporcionado una copia firmada a TTUHSC? _____ SI _____ NO

Firmando abajo, certifico que he leído esta formao se ha leído a mí y entiende el contenido.

Fecha

Imprima su nombre

Firma de Paciente/otra persona legalmente

Testigo/Traductor*

Parentesco con el paciente

