

Consentimiento para recibir tratamiento



PennState Health
St. Joseph

Nombre del paciente: _____

N.º de historia clínica del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Por el presente doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios médicos en Penn State Health St. Joseph Medical Group (Grupo Médico St. Joseph de Penn State Health) y Regional Health Network (Red de Salud Regional), incluidos procedimientos terapéuticos y de diagnóstico, exámenes, atención hospitalaria y tratamientos médicos o quirúrgicos, según mis médicos lo consideren necesario o recomendable. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no me han dado ninguna garantía respecto del resultado de mi tratamiento o examen en el consultorio o en el hospital. Soy consciente de que puedo rechazar cualquier medicamento, tratamiento o procedimiento que me ofrezcan.

2. Por el presente autorizo a Penn State Health St. Joseph Medical Group y a la Red de Salud Regional a revelar toda la información, incluida mi historia médica, total o parcialmente, a mi compañía de seguro, empleador (únicamente por motivos de indemnización laboral), Medicare, Medicaid, Medigap, seguro de responsabilidad civil o de automotores, o a cualquier otro fondo o a terceros que pudiesen tener la responsabilidad de pagar los beneficios en mi nombre. Por el presente cedo a Penn State Health St. Joseph Medical Group y a la Red de Salud Regional todos mis derechos y todas las pretensiones legales a las que pudiese tener derecho. Autorizo el pago de cualquiera de esos beneficios a Penn State Health St. Joseph Medical Group y a la Red de Salud Regional.

3. A fin de recibir comunicaciones de Penn State Health St. Joseph Medical Group, de la Red de Salud Regional y de sus filiales o profesionales afiliados, he proporcionado mi **dirección de correo electrónico para participar en el Portal del paciente:** _____. Su proveedor no es responsable por la divulgación posterior de la información que usted haya recibido, compartido o visto a través de su participación en el Portal del paciente.

Rechazo la participación en el Portal del paciente.

4. Acepto que soy responsable del pago de los cargos actualmente vigentes, establecidos por Penn State Health St. Joseph Medical Group y la Red de Salud Regional de Penn State Health St. Joseph, en la medida en que mi compañía de seguro, Medicare o cualquier otro fondo o plan de pago de terceros no cubra, no permita, no transfiera, no autorice o no pague dichos cargos. Se exigirá el pago de los cargos no cubiertos, copagos y deducibles en el momento en que se brinde el servicio. Se facturará a los seguros del paciente, pero será responsabilidad del paciente confirmar la participación de los planes de seguro y productos específicos en la red. Es responsabilidad del paciente pagar en su totalidad todo cargo que el seguro rechace por no participación. Si mi cuenta se deriva a una agencia de cobranzas, acepto pagar todos los cargos legales y de la agencia de cobranzas, así como los honorarios de abogados.

5. Si no cancelo mi cita programada dentro de las 24 horas previas al día y hora del servicio, acepto pagar un cargo de \$25.00.

Los montos de cheques rechazados por fondos insuficientes se cargarán nuevamente en su cuenta con un cargo administrativo de \$25.00.

6. Doy mi consentimiento y autorización para que Penn State Health St. Joseph Medical Group y la Red de Salud Regional consulten y revisen la información electrónica sobre mis antecedentes de medicamentos recetados que puede estar disponible a través de la base de datos de Surescripts, la cual formará parte de mi historia clínica.

7. Usted acepta que, a los fines de que podamos ocuparnos de su cuenta o cobrar el dinero que pudiese adeudar, Penn State Health St. Joseph Medical Group y la Red de Salud Regional de Penn State Health St. Joseph, o sus representantes, se comuniquen con usted por teléfono a cualquier número telefónico asociado a su cuenta, incluso a teléfonos inalámbricos, lo cual podría derivar en un gasto para usted. También podemos comunicarnos con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos a cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione para que utilicemos. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes grabados previamente o con una voz artificial y de dispositivos de marcación automática, según corresponda.

8. Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Penn State Health St. Joseph Medical Group y la Red de Salud Regional.

9. Presentaré mis tarjetas de seguro vigentes en el momento del servicio. En caso de cambios en el seguro, debe notificarnos de inmediato. Si no presento un seguro adecuado en el momento del servicio y el seguro niega la cobertura, acepto que pagaré la totalidad de los cargos.

Mi firma o permiso verbal a continuación indican que he leído este documento y lo entiendo por completo. Por el presente acepto los términos de este formulario de consentimiento para recibir tratamiento.

Paciente, representante legal/tutor o menor emancipado

Fecha



El paciente no puede firmar debido a su estado de salud. Dio el permiso verbal.

Padre, madre o representante legal/tutor de un niño menor de edad

Fecha

Permiso verbal para tratar al menor otorgado por: _____

Padre, madre o representante legal/tutor del niño menor de edad

Fecha

Testigo del otorgamiento de permiso verbal

Testigo del otorgamiento de permiso verbal

Fecha de entrada en vigencia: 1/1/17