

Acuerdo de tratamiento, pago y datos

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

- Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Outer Cape Health Services a tratar cualquier afección médica o de salud mental siempre que el proveedor de atención me haya explicado mi afección, los procedimientos de tratamiento y los métodos alternativos para tratar mi afección. El proveedor de atención médica ha discutido conmigo los riesgos previsibles del tratamiento mencionado anteriormente y que puede haber resultados indeseables.
- Entiendo que Outer Cape Health Services opera una práctica de atención primaria que integra servicios de salud comportamiento, lo que significa que el personal de salud comportamiento es parte de mi equipo médico y experiencia, y que ser visto por un proveedor de salud comportamiento a través de la atención primaria puede resultar en cargos adicionales a mi seguro. Esto también puede resultar en un copago o coseguro adicional. Reconozco que en casos de cobertura insuficiente, seré responsable del saldo restante.
- He leído cuidadosamente y entiendo completamente este formulario de consentimiento informado y todas mis preguntas han sido respondidas adecuadamente.
- Autorizo el examen y tratamiento para esta y todas las siguientes visitas médicas o de salud mental.
- Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos y deducibles. La asistencia financiera está disponible para aquellos que califican.
- Soy personalmente responsable de proporcionar información de seguro precisa y actual.
- Autorizo una fotocopia de esta declaración para que sirva como el original y el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para asegurar los pagos de los beneficios.
- Entiendo que Outer Cape Health Services puede usar los datos desarrollados y/o proporcionados por los clientes para determinar las características generales de las comunidades a las que sirve y que ninguna de esta información de ninguna manera identificará a los clientes individuales.
- Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) de Outer Cape Health Services y los Derechos y responsabilidades del paciente.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Información general: se obtendrá el consentimiento informado de todos los pacientes que accedan a servicios / actividades médicas, de salud del comportamiento y/o de investigación. El consentimiento informado no es simplemente un documento firmado. Es un proceso continuo que considera las necesidades y preferencias del paciente, el cumplimiento de la ley y los reglamentos, y la educación del paciente.

El paciente y/o la familia, según corresponda, reciben información sobre:

- La condición del paciente;
- Tratamientos, procedimientos o actividades de investigación propuestos;
- Beneficios potenciales e inconvenientes de los tratamientos o procedimientos propuestos;
- Problemas relacionados con la recuperación;
- Tratamiento(s) o procedimiento(s) alternativo(s);
- El médico u otro profesional principal responsable del cuidado del paciente;
- Otros que autorizan o realizan procedimientos o tratamientos; y
- Cualquier relación comercial entre personas que tratan al paciente, o entre la organización y cualquier otra instalación de salud.

La información en su registro médico es confidencial y está protegida bajo las Leyes Generales de Massachusetts, cap. 111, Sec. 70. Se requerirá su consentimiento por escrito para divulgar información, excepto en el caso de una orden judicial.