



Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

Presento voluntariamente a My House Clinic (MHC) y consiente el tratamiento por parte del médico/enfermera que lo practica más en servicio y a quien designen como su asistente, asociado, médico tratante y personal de atención al cliente para proporcionar mi atención. Dicha atención puede incluir, pero no se limita a, procedimientos de diagnóstico, exámenes y la administración de medicamentos considerados recomendables en mi diagnóstico, tratamiento y curso de atención. Reconozco que no se puede garantizar ni se ha hecho en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes y entiendo que todos los tratamientos médicos contienen riesgos inherentes. Reconozco el consentimiento para permitir que MHC registre todas las bases de datos de medicamentos electrónicos disponibles en busca de cualquier medicamento actual o pasado.

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO Y GARANTÍA DE PAGO**

En consideración a los servicios prestados, por la presente asigno y transfiero a MHC todos y cada uno de los derechos, que tengo contra compañías de seguros o terceros pagadores, para el pago de cargos por servicios prestados por MHC a mí o a uno de mis dependientes. Autorizo que dichos pagos se apliquen a cualquier saldo no pagado del que soy responsable. Entiendo que soy responsable y pagaré la parte de mi factura no cubierta por compañías de seguros o terceros pagadores. Acepto pagar la cuenta en su totalidad al recibir mi estado de cuenta de facturación a menos que se realicen acuerdos de pago con MHC y su respectivo servicio de facturación. Reconozco que mi visita a MHC constituye una transacción financiera y de crédito.

### **CUMPLIMIENTO GUBERNAMENTAL**

En cumplimiento de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y la Ley Stark, MHC debe informarle que hay otras opciones para servicios de laboratorio, diagnóstico y radiográfico. Específicamente, cabe señalar que usted se ha presentado a MHC voluntariamente para sus necesidades médicas y que como parte de la evaluación de su condición médica y cualquier tratamiento requerido, el proveedor de turno puede determinar que ciertas pruebas de laboratorio, diagnóstico y radiográficas pueden ser necesarias. MHC ofrece muchos de estos servicios in situ como una comodidad para nuestros clientes. Si el cliente desea que se presten estos servicios en otra instalación, MHC le proporcionará una lista de ubicaciones cercanas.

### **LIBERACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Autorizo la publicación de mis registros médicos, información, tratamiento y asesoramiento e información específica de salud para:

1. TRATAR a los MÉDICOS en el personal de MHC y su personal, agentes de otro centro de salud si se requiere traslado directo a otro centro, y a cualquier otro consultor médico referido para la atención de seguimiento.
2. SEGUROS COMPANIES u otros pagadores externos y sus agentes, así como cualquier organización de revisión u agencia gubernamental con el propósito de determinar la elegibilidad y los beneficios disponibles, obtener el pago por los servicios prestados y garantizar el cumplimiento del gobierno.

Entiendo que esta información puede contener mi historia clínica personal, física, tratamientos y resultados de laboratorio, y resultados más específicamente sobre el virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis (VIH/SIDA), otras enfermedades infecciosas y salud mental.

**\*Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.**



Firma del cliente o del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_