



## Consentimiento para el tratamiento y acuerdo de pago

Por la presente autorizo a Northwest Heart & Health Institute para usar y/o divulgar mi información de salud la cual me identifica específicamente o la cual se puede usar razonablemente para identificarme con el fin de llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

El tratamiento incluye entre otras cosas: la administración y realización de todos los tratamientos, la administración de todos los anestésicos necesarios, el uso de medicamentos recetados, el hecho de realizar dichos procedimientos según se consideren necesarios o recomendables en el tratamiento de este paciente tales como procedimientos de diagnóstico, la toma y uso de cultivos y otras pruebas de laboratorio médicamente aceptadas, todo lo cual a juicio del médico tratante o sus designados a cargo puedan considerar médicamente necesarios o recomendables.

El pago incluye entre otras cosas: la autorización del pago directo a Northwest Heart & Health Institute de los beneficios que de otra manera serían pagados a mí. Reconozco aquí la divulgación de mis registros médicos a aseguradoras o terceras personas autorizadas a quienes sea necesario divulgarlos para establecer o cobrar tarifas por los servicios proporcionados, tales como servicios de facturación y cobranza, pagadores de seguros, aseguradoras para accidentes automovilísticos, o para lesiones laborales a mi empleador o designado entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos. Reconozco que los registros de pacientes pueden almacenarse electrónicamente y estar disponibles mediante redes de computación.

Las operaciones de atención médica incluyen entre otras cosas: divulgación de mi información médica a cualquiera de mis médicos y sus oficinas o compañías de seguros que participen en mi atención o tratamiento y la calidad de dicha atención.

Entiendo que esto se da por adelantado de cualquier diagnóstico o tratamiento específicos y que estos servicios son voluntarios y que tengo el derecho de rechazarlos. Pretendo que este consentimiento continúe incluso después de que se haya entregado un diagnóstico específico y recomendado un tratamiento. Este consentimiento continuará en plena vigencia a menos que sea revocado por escrito y no afectará ninguna medida tomada antes de recibir mi revocación. Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

El paciente y/o garante son responsables por los gastos incurridos. Es una cortesía de nuestra oficina presentar la solicitud ante su seguro; sin embargo, usted es responsable de su copago y/o el porcentaje por el cual no se responsabilice el seguro en el día de su visita. Es responsabilidad del paciente obtener todos los formularios de derivación necesarios de su médico de atención primaria, cuando corresponda. Si no se obtiene la derivación antes de la visita, el paciente es responsable del pago total en la fecha del servicio. Si no logramos obtener el pago en un lapso de tiempo razonable a través del paciente o garante, pasaremos su cuenta a una agencia de cobranzas con lo cual usted será responsable de todo cargo adicional que se incurra.

**He leído detalladamente la política de pago que aparece más arriba. Estoy de acuerdo en remitir a Northwest Heart & Health Institute, todos los pagos de seguros o de terceros que yo reciba por los servicios que se me brinden inmediatamente cuando los reciba. Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_**

### AUTORIZACIÓN VITALICIA DE MEDICARE

Certifico que es correcta la información que se me entregó para solicitar pago bajo el Título XVII de la Ley del Seguro Social. Autorizo a cualquier poseedor de información médica referente a mí para que divulgue a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios o portadores, toda información necesaria para esta reclamación o para una relacionada con Medicare. Solicito que se efectúen los pagos de los beneficios autorizados en mi representación. Cedo los beneficios pagaderos por servicios al médico o a la organización que entrega los servicios o autorizo a dicho médico u organización a presentar una reclamación de pago a Medicare.

**Cedo los beneficios pagaderos por servicios a Northwest Heart & Health Institute. Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_**

**Solicito que esta autorización se aplique a todos los otros seguros. Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_**

**Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Northwest Heart & Health Institute. Entiendo que si tengo preguntas o quejas debo ponerme en contacto con el Funcionario de privacidad del centro.**

**Iniciales del paciente: \_\_\_\_\_**

Certifico que he leído detallada y completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_