



AccelHealth

CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

Por favor lea toda la forma en su totalidad y haga preguntas al personal antes de firmar:



Consentimiento general: Yo le doy permiso a AccelHealth, su personal designado, y otro personal de servicios médicos, dental y servicios sociales que prestan servicios, manejo de casos y asesoramiento bajo el patrocinio de prestación de servicios, como se indica por la licencia y / o título incluyendo física, dental y / o evaluaciones de salud mental o exámenes, conducir laboratorio o otros exámenes, (que puede incluir la prueba del VIH) dar inyecciones, medicamentos y otros tratamientos, como apropiado, y hacen que cualquier otro servicio de salud física o mental para el paciente identificado en esta forma.

Consentimiento Informado para Telemedicina y / o Telesalud: Los servicios de telesalud y telemedicina son servicios de atención médica prestados por médicos y profesionales de la salud a pacientes ubicados en una ubicación física diferente utilizando telecomunicaciones o otra tecnología de la información. Las telecomunicaciones o otra tecnología de la información también se pueden utilizar para registros virtuales, visitas electrónicas, evaluaciones iniciales, evaluaciones y comunicación previa y posterior a la visita por parte del personal de AccelHealth.

- Entiendo que el mismo estándar de atención se aplica a los servicios de atención médica prestados a través de telemedicina y / o telesalud que se aplica a una visita en persona.
- No estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
- Se me notificará y se obtendrá el consentimiento de cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la sala.
- Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, independientemente del medio utilizado, y mi consentimiento se da conociendo el riesgo potencial que utiliza la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas.
- Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de la información no son adecuadas, la visita puede suspenderse.
- Tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina / telesalud en cualquier momento.
- AccelHealth no tiene ninguna responsabilidad o obligación por la precisión o integridad de la información médica que se les envía o por cualquier error en su transmisión electrónica.
- La información compartida mediante las telecomunicaciones puede incluir registros médicos del paciente, imágenes médicas, archivos médicos de audio o video, audio y video bidireccionales, y datos de salida de dispositivos médicos. Los sistemas utilizados por el centro para transmitir y recibir esta información incorporarán protocolos de seguridad de red y software destinados a proteger la confidencialidad de la identidad e información del paciente.

Divulgación de información médica/de salud mental: Yo doy permiso para que la información de salud médica y mental obtenida por AccelHealth sea compartida con otros proveedores de atención médica que sea necesaria para el propósito de referencias. Además, entiendo que AccelHealth utiliza registros electrónicos y estos registros se comparte dentro de personal que presta servicios.

Política De Pago: Es mi responsabilidad de confirmar que el médico es un proveedor cubierto por mi plan de seguro. Por la presente autorizo la asignación de beneficios (pagos) directamente a AccelHealth para todos mis reclamos de seguros relacionados con los servicios recibidos. Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios médicos y debo de pagar en el día que son recibidos. Esto incluye copagos/deducibles con cualquier contrato de atención administrada y los servicios no cubiertos. He leído, entendido y estoy de acuerdo con las políticas financieras.

La siguiente declaración es para los pacientes que tienen seguro:

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica o de salud mental necesaria para procesar el reembolso de los servicios de tratamiento y solicito el pago de Medicare / Medicaid (o el reembolso de seguros, públicos o privados) para los que puedo ser elegible. PARA Medicare / Medicaid: Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago es correcto. Autorizo el intercambio de todos los registros a petición. Fotocopia será válida como original *. Solicito que el pago de Medicare autorizado y/o beneficios Medicaid se hagan en mi nombre a AccelHealth (Cross Timbers Clinics, Inc.) para cualquiera de los servicios proporcionados a mí por los proveedores de este grupo. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberar a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que mi firma

autoriza las solicitudes de pago, así como la liberación de cualquier información médica necesaria para CMS o el pagador de Medicaid para pagar el reclamo. También reconozco que AccelHealth se compromete a aceptar la determinación de la compañía de Medicare como la compañía completa y estoy de acuerdo en ser responsable sólo por el deducible, coseguro o servicios no cubiertos. Coseguro y deducible se basan en la determinación de la compañía de Medicare. La clínica se compromete a aceptar los pagos de Medicaid, de acuerdo con las regulaciones de Medicaid como pago total. **MEDIGAP DE PRENSA:** Para los pacientes de Medicare con seguro de Medigap suplementaria es necesaria una firma independiente. Solicito beneficios Medigap pueden hacer en mi nombre por los servicios prestados. Yo autorizo a mi compañía de Medigap cualquier información necesaria para determinar los beneficios.

Reconozco la recepción de los siguientes documentos:

- BIENVENIDOS A ACCELHEALTH
- PCMH, SU CENTRO DE SALUD
- DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE
- Aviso de las prácticas de privacidad
- POLÍTICA FINANCIERA

Al firmar, usted certifica que esta forma fue explicada plenamente y cualquier duda que tenga acerca de los servicios han sido contestadas a su satisfacción. Este consentimiento informado es válido y permanece vigente mientras sea paciente de AccelHealth, hasta que retire mi consentimiento o hasta que el centro cambie sus servicios y me solicite que complete una nueva forma de consentimiento.

Nombre del paciente: *

Apellido del paciente: *

Firma de Paciente, Garante o Guardiana (Por favor escribe) *

Fecha *