

General Consent and Agreement – Spanish Translation

FIVE RIVERS HEALTH CENTERS
CONSENTIMIENTO GENERAL Y ACUERDOS

Name: _____ MRN# _____

CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO: Consiento y autorizo a los profesionales de Five Rivers Health Centers a que provean la atención necesaria, la cual incluye exámenes, pruebas y tratamientos. También doy mi consentimiento para que se hagan los exámenes y procedimientos necesarios para el control de infecciones.

DOCTORES: Entiendo que los doctores que me prestan sus servicios profesionales en Five Rivers Health Centers pueden ser practicantes independientes y no empleados o agentes de nuestros Centros. Estoy de acuerdo en que Five Rivers Health Centers no es responsable por las acciones u omisiones de los doctores que no están dirigidos o controlados por Five Rivers Health Centers y que los cargos incurridos con estos doctores serán cobrados por separado además de los cargos que sean incurridos en el Centro. Asigno a dichos doctores cualquier seguro u otros beneficios que me correspondan por los servicios prestados por ellos

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: Entiendo que mi doctor me puede recomendar servicios de orientación y salud del comportamiento, consejería y pruebas de detección de abuso de sustancias, y/o servicios de manejo de casos dependiendo de mis necesidades presentes. También entiendo que éstos servicios serán facturados por separado además de los cargos del proveedor y el Centro. Asigno a dichos doctores cualquier seguro u otros beneficios que me correspondan por los servicios prestados por ellos.

ENTREGA DE INFORMACION MEDICA Y PRIVACIDAD: Autorizo a Five Rivers Health Centers a que facilite mi informacion medica a los agentes de Five Rivers Health Centers, y a otros proveedores de cuidados medicos, y cualquier otro asegurador o proveedor de compensacion, o agencia de gobierno para que la atencion medica apropiada me sea provista, para ayudar con el proceso de cobros y coleccion de pagos, o para ayudarme a obtener asistencia financiera. Esta autorización no autoriza a Five Rivers Health Centres a facilitar la siguiente información (por favor haga una lista de las exclusiones ej. Información relacionada con tratamientos de desintoxicacion de alcohol y drogas, tratamientos psiquiatrico, SIDA, condiciones relacionadas con el SIDA, examen del VIH, o diagnosis y tratamiento del VIH.): _____. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito y enviarsela a Five Rivers Health Centres. También entiendo que esta revocacion no aplica a información que ha sido divulgada antes de que los Centros recibieran nota de mi revocacion. Esta autorización se mantendra en efecto hasta que sea revocada por mi

Admito que he recibido copia de las Prácticas De Privacidad de Five Rivers Health Centers la cual explica las formas en que la información personal de mi salud podría ser usada o divulgada por Five Rivers Health Centers y destaca mis derechos con respecto a dicha información.

ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACION: Estoy de acuerdo con pagarle a Five Rivers Health Centers a medida que voy incurriendo gastos y las cuentas me son presentadas, y a los precios de Five Rivers Health Centers todos los cargos que no sean cubiertos por mi seguro de salud, u otro pagador. Asigno a Five Rivers Health Centers todo el seguro y otros beneficios a los cuales tengo derecho por los servicios provistos por Five Rivers Health Centers y pido que todos estos beneficios sean pagados directamente a Five Rivers Health Centers. En el caso que mi cuenta se volviera delincente, estoy de acuerdo en pagar interés al por ciento al que se encuentre en ese momento, empezando en la fecha de alta. Autorizo a Five Rivers Health Centres a obtener una copia de mi reporte de créditos y otra información financiera que les sea necesaria. Entiendo que hasta donde sea permitido por la ley, Five Rivers Health Centers es completamente subrogado a todos mis derechos de recibir compensación o beneficios de cualquier persona o entidad gubernamental por los servicios que el centro me ha dado. Entiendo que por la sección 3727 del Ohio Revised Code (el Código Revisado de Ohio) tengo derecho a una lista de Five Rivers Health Centers cargos por servicios seleccionados. Puedo obtener esta lista a petición.

COOPERACION CON LAS FACTURAS: Entiendo que aunque Five Rivers Health Centers pueda asistirme con ellas, yo soy completamente responsable con el cumplimiento de las provisiones de mi póliza de seguro, incluyendo la verificación de la cobertura y el obtener las certificaciones necesarias de pre admisión. Estoy de acuerdo en cooperar completamente con Five Rivers Health Centers, enviando la cuenta a mi seguro o a otra persona responsable del pago. Esto incluye pero no se limita a responder rápidamente a las preguntas de Five Rivers Health Centers, otro asegurador o persona que se haya hecho responsable de pagar la cuenta. También entiendo que para que yo reciba ayuda financiera, debo de proveer toda la información que se me pida rápida y honestamente, traer toda la documentación que apoya la información, y completar todos los requerimientos del programa de asistencia. Entiendo que mi falta de cooperación puede resultar en que se me nieguen los beneficios o asistencia. Si algún asegurador u otra persona responsable se niega a pagar la cuenta de Five Rivers Health Centres, yo rápidamente usaré todos los procesos de apelación que estén a mi disposición. También autorizo a Five Rivers Health Centres a que apele por mí. Estoy de acuerdo que para que Five Rivers Health Centres trabaje con mi cuenta o para que cobren alguna cantidad que yo deba, Five Rivers Health Centres me puede contactar por teléfono, a cualquiera de los números de teléfono asociados con mi cuenta incluyendo teléfonos celulares y también me puede enviar mensajes de texto o via correo electrónico usando la dirección de e-mail que yo proveeré, lo cual puede resultar en costos para mi. Métodos de contacto pueden incluir mensaje pre grabados con voces artificiales o uso de un aparato automático.

PACIENTES DE MEDICARE: Certifico que la información dada por mí al aplicar por pago bajo Title XVIII (Título Ocho) del Acta del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier persona que tenga información médica u otro tipo de información mía, a que la entregue a la Administración de Seguro Social o sus intermediarios, agentes o abogados, cualquier información que sea necesaria para este u otra cuenta de Medicare. Pido que el pago de beneficios autorizados sea hecho en mi nombre al proveedor.

PROPIEDAD PERSONAL: Estoy de acuerdo que Five Rivers Health Centers no es responsable por la pérdida de dinero u objetos de valor que yo traiga conmigo.

WITNESS DATE/TIME PACIENTE/GARANTE/GUARDIAN RELACION

Razón por la cual la persona autorizada firma en lugar del paciente: (menor de 18) Condición Mental Condición Física

Verbal Consent Telephone Consent _____
Patient Name Obtained from Relationship

Witness Witness Phone Number Date/Time