



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Al firmar este documento, el paciente, el familiar responsable y/o el representante legal del paciente voluntariamente da su consentimiento autoriza por la presente a Unicare Community Health Center ("Unicare"), a sus médicos afiliados, dentistas, enfermeras y asistentes médicos, consejeros, personal de enfermería, asistentes dentales, higienistas, psicólogos, psiquiatras y demás personal auxiliar que provean el cuidado y tratamiento apropiado incluyendo exámenes físicos o mentales, pruebas de diagnóstico, procedimientos médicos y medicamentos que ahora o durante el curso de la atención del paciente se consideren aconsejables o necesarios. Entiendo que, en situaciones de emergencia, puede ser necesario o aconsejable que Unicare realice servicios y/o procedimientos que pueden no haber sido discutidos en su totalidad con el paciente (o familiar responsable y/o representante legal del paciente) por adelantado. Doy mi consentimiento para estos servicios y/o procedimientos en dichas circunstancias. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco, además, que no se han ofrecido garantías con respecto al efecto de cualquier tratamiento o procedimiento sobre cualquier afección médica.

DERECHO A RECHAZAR EL TRATAMIENTO: Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas en relación con todos los cuidados y tratamientos, y que puedo pedir a mi profesional sanitario que me explique cualquier cosa que no entienda. Este derecho incluye el rechazo de cualquier tratamiento.

PROGRAMAS DE ENSEÑANZA: Unicare participa y contrata con instituciones de instrucción a estudiantes de medicina, internados, residentes, estudiantes de las artes curativas (enfermeras, higienistas, técnicos de radiografía, asistentes dentales), y estudiantes de posgrado. Entiendo que estos estudiantes pueden participar en el cuidado clínico, cuando éste sea provisto bajo la supervisión del personal profesional calificado o con licencia.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: En la medida necesaria para determinar la responsabilidad de pago y para obtener el reembolso, Unicare puede revelar partes de los registros financieros y médicos del paciente a cualquier persona, corporación o a cualquier agente de cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable de la totalidad o parte de los cargos de Unicare, incluyendo pero no limitado a las compañías de seguros, empleadores, planes de servicios de salud o portadores de compensación laboral. Unicare también puede poner la información pertinente a disposición de los organismos gubernamentales y otros proveedores de atención médica según sea necesario para asegurar la continuidad de la atención y la disponibilidad de los servicios de atención médica para el paciente y su familia.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo a la compañía de seguros de pagar con cheque a nombre de Unicare y enviar por correo directamente a Unicare los beneficios de gastos médicos, dentales o de salud mental, y de otro modo pagaderos a mí en virtud de mi póliza de seguro actual, como pago de los cargos totales por los servicios profesionales prestados. Entiendo que el copago/co-seguro del seguro, los servicios no cubiertos y las cantidades de responsabilidad del paciente son mi responsabilidad.

ACUERDO FINANCIERO: El abajo firmante se compromete a pagar, ya sea que firme como agente o como paciente, los cargos incurridos en Unicare de acuerdo con las tarifas y términos regulares de Unicare. Entiendo que si soy miembro de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y no he asegurado una autorización para el pago de mis servicios, seré responsable financieramente de todos los servicios no autorizados y no cubiertos.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: Los adultos mayores de 18 años tienen derecho a: (a) dar instrucciones sobre su futura atención médica o (b) designar a un representante del paciente para que tome decisiones médicas por ellos si pierden la



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

capacidad de decisión individual. Entiendo que tengo derecho a cambiar mis instrucciones en una fecha posterior y entiendo que la información sobre directivas anticipadas está a mi disposición si la solicito.

He ejecutado una directiva anticipada: Sí No *(En caso afirmativo, facilítenos una copia)*

Deseo más información: Sí No

CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO: Entiendo que Unicare puede ponerse en contacto conmigo en relación con mi estado médico/dental y para hacer preguntas sobre la satisfacción con respecto a los servicios recibidos. El propósito de esta información es asegurar la continuidad de la atención y proporcionar a Unicare información estadística pertinente.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE 1996 (HIPAA) AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: He recibido información sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de la HIPAA y acuso recibo de esta documentación. Soy el paciente o estoy autorizado a firmar este formulario. He recibido una copia del mismo y acepto sus términos.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores (iniciales) _____

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

FECHA

NOMBRE DEL TESTIGO/ WITNESS NAME (PRINT)

FIRMA DEL TESTIGO/ WITNESS SIGNATURE