

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

- Yo, (el Paciente que firma al calce, o la persona que firma al calce y que es responsable de dar el consentimiento a nombre del Paciente) solicito y consiento todos los servicios de cuidado, tratamiento y otros servicios que puedan ser ordenados, solicitados, dirigidos o proporcionados por los médicos, o sus asociados, asistentes o designados y llevados a cabo por los médicos o el personal de Edward-Elmhurst Health.
- Comprendo que tengo el derecho a renunciar estos cuidados, tratamientos u otros servicios, siempre que la renuncia sea permitida por la ley.
- Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Comprendo y acepto que no se han dado o ni se puedan dar garantías en cuanto al resultado del diagnóstico, tratamientos o medicamentos, pruebas o exámenes proporcionados en Edward-Elmhurst Health.

GARANTÍA DE PAGO

- Considerando los servicios proporcionados al Paciente por Edward-Elmhurst Health, acepto lo siguiente: i) garantizar el pago de todos los cargos que estén relacionados con los servicios proporcionados al Paciente; ii) durante todo el tiempo, asignar y transferir a Edward-Elmhurst Health todos los derechos, títulos e intereses de los beneficios de reembolso médico del Paciente que estén disponibles para pagar esos cargos; y iii) autorizar el pago de estos beneficios directamente a Edward-Elmhurst Health.
- Acepto que Edward-Elmhurst Health no es responsable de averiguar si el Paciente tiene algún seguro u otros beneficios que puedan pagar los cuidados o servicios proporcionados al Paciente, o qué extensión tengan los beneficios del Paciente.
- Acepto ser totalmente responsable del pago de todos los cargos en el caso de que dichos cargos no estén cubiertos por los beneficios asignados.
- Edward-Elmhurst Health proporciona muchos servicios para ayudar a los pacientes sin seguro médico, así como a los pacientes que no pueden pagar el costo de los cuidados. Comprendo que si tengo preguntas acerca de la política de ayuda financiera de Edward-Elmhurst Health puedo preguntar al supervisor de la oficina durante el procedimiento de registro.

PARA PACIENTES DE MEDICARE

- Confirmando que la información que he proporcionado como el Paciente o el Representante del Paciente para la aplicación de pagos por Medicare es correcta.
- Autorizo a cualquiera que pueda tener información médica o de otro tipo acerca del Paciente para que entregue a Medicare o a sus agentes cualquier información necesaria para este reclamo médico o algún reclamo relacionado.
- Autorizo el pago de beneficios a Edward-Elmhurst Health a nombre del Paciente.

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Edward. El aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo Edward-Elmhurst Health puede usar y divulgar la información médica del Paciente y describe los derechos del Paciente en relación con su información médica.

Edward-Elmhurst Health no aceptará ninguna revisión o cambio hecho por usted a este formulario.

Este formulario de acuerdo y autorización cubre los servicios que recibo de Edward-Elmhurst Health durante un periodo de 365 días a partir de la fecha de mi firma al calce, a menos que lo revoque antes por escrito o que la ley aplicable lo restrinja a un periodo más corto.

He leído todo este formulario y las preguntas que tenía acerca del mismo han sido respondidas a mi satisfacción. Comprendo y acepto su contenido.

Firma del Paciente o Representante del Paciente
(padre, tutor u otro representante)

Relación

Fecha

Firma del testigo/Nombre en letra de molde/y fecha