



Nombre del Paciente
MRN
Etiqueta

LA ASOCIACION DE CLINICA DE DIAGNOSTICO DE AUSTIN

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por elegir La Asociación de Clínica de Diagnóstico de Austin para sus necesidades de cuidado de salud. Por favor revise cuidadosamente nuestro consentimiento para el tratamiento y política financiera. Un representante de servicio de cuenta de paciente en nuestra oficina de negocios está disponible para responder cualquier pregunta Lunes-Viernes de 8:00AM-5:00PM. Ellos pueden ser contactados al (512) 901-4600.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

- Yo entiendo que firmando este consentimiento, estoy autorizando La Asociación de Clínica de Diagnóstico de Austin a tratarme durante el tiempo que yo busque sus cuidados o, hasta que yo retire mi consentimiento por escrito.
- Yo entiendo que tengo el derecho a rechazar cualquier tratamiento propuesto. Yo entiendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que hay riesgos y beneficios asociados con recibir tratamiento médico.
- Yo reconozco y acepto que no me han dado garantías acerca de los resultados y desenlace de la examinación médica y tratamiento prestados por los médicos y por el personal profesional de la Clínica.
- Yo doy mi consentimiento para la prestación de atención médica por los proveedores del cuidado de la salud de La Asociación de Clínica de Diagnóstico de Austin y tales auxiliares como consideren necesario, incluyendo procedimientos de diagnostico rutinarios, procedimientos de laboratorio y examinaciones.
- Enfermera de Práctica Avanzada (por sus siglas en Inglés, APRN)/Asistente Médico (por sus siglas en inglés, PA). La instalación cuenta en su personal con enfermeras de práctica avanzada así como asistentes médicos para ayudar en la prestación de cuidado médico. Ni un APRN (por sus siglas en Inglés) ni un PA (por sus siglas en Inglés) es un doctor. Un Asistente Médico es un graduado de un programa de entrenamiento certificado y esta licenciado por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas comunes y crónicas, así como, proveer cuidado del mantenimiento de la salud. Una enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada quien ha recibido educación avanzada y entrenamiento en la prestación de cuidado de salud. Una enfermera de práctica avanzada puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades agudas comunes y crónicas, así como proveer cuidado del mantenimiento de la salud.



Nombre del Paciente
MRN
Etiqueta

POLITICA DE NO PRESENTARSE/CANCELACION

- Nosotros entendemos que conflictos inesperados de itinerario puedan surgir, sin embargo, es importante que usted nos notifique al menos con 24 hrs de antelación si usted necesita cancelar su cita. Nuestras citas se llenan con mucha antelación y, su llamada de cancelación es muy importante para ayudarnos a satisfacer las necesidades de todos nuestros pacientes.

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA /ASIGNACION DE BENEFICIOS

- Yo reconozco que soy legalmente responsable por todos los cargos en conexión con el cuidado médico y tratamiento proporcionado por representantes de La Asociación de Clínica de Diagnóstico de Austin.
- Yo asigno y autorizo pagos a La Asociación de Clínica de Diagnóstico de Austin. Yo entiendo, mi compañía de seguros podría no aprobar o reembolsar mis servicios médicos en su totalidad debido a, exclusiones de beneficios, limitaciones de cobertura, falta de autorización, o necesidad médica.
- Yo entiendo que soy responsable por los honorarios no pagados en su totalidad, co-pagos y deducibles de póliza y co-seguro excepto donde mi responsabilidad es limitada por contrato o ley Estatal o Federal. Mientras que nosotros podríamos estimar su responsabilidad financiera, es su compañía de seguro quien hace la determinación final relacionada con su elegibilidad y beneficios. Es su responsabilidad conocer los beneficios y limitaciones de su cobertura actual de cuidado de salud. El Clínico no es responsable de conocer los beneficios específicos de su plan o las limitaciones de cobertura y la Clínica proveerá cuidado médico necesario basado en las necesidades del paciente, no en la cobertura del seguro del paciente.

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO ELECTRONICO DE INFORMACION DE SALUD

Yo reconozco y doy mi consentimiento para permitir que mi información de salud sea seguramente transmitida y recibida electrónicamente según lo permitido bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud (por sus siglas en Inglés, HIPAA) para el propósito de tratamiento, pago y operaciones. Este intercambio electrónico podría incluir, pero no se limita a referencias; pedido de pruebas y tratamiento; recopilación de antecedentes médicos; prescripciones e historial de prescripciones.



Nombre del Paciente
MRN
Etiqueta

RECIBO DE AVISO DE INFORMACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido el Aviso de Información de Prácticas de Privacidad de La Clínica de Diagnóstico de Austin.

Firma del Paciente o Representante Legal del Paciente Fecha Testigo

Nombre Impreso del Paciente o Representante Legal del Paciente

The Austin Diagnostic Clinic Association cumple con las leyes federales de los derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si usted habla español, usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-512-901-4537

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-512-901-4537