

CONNECT HEALTH + WELLNESS
CONSENT FORM: TREATMENT AND PHOTOGRAPHY

Nombre del paciente: _____ SSN: _____ DOB: _____

_____**(Por favor inicial)** Por la presente autorizo a los empleados, agentes y personal de Connect Health + Wellness (CHW) para realizar y por la presente consiente en dicho tratamiento y exámenes médicos / dentales, incluidos los procedimientos de diagnóstico, que puedan ser necesarios en opinión del médico.

_____**(Por favor, inicial)** Además, autorizo que se tomen y mantengan fotografías o grabaciones de video como parte de mis registros médicos solo con fines operativos de seguridad o atención médica (por ejemplo, garantía de calidad, fraude de identidad médica).

_____**(Por favor inicial)** Además autorizo el intercambio de datos entre diferentes sistemas electrónicos de salud que participan en mi atención (por ejemplo, UVA, Wake Forest University Baptist Medical Center, Carilion y CCNV).

SIN GARANTÍA: Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se han hecho garantías en cuanto al resultado de ningún procedimiento, tratamiento o examen. Entiendo que los riesgos de hospitalización, si es necesario, pueden incluir, entre otros, la infección con organismos resistentes a múltiples medicamentos.

CONSENTIMIENTO ESTIMADO PARA ANÁLISIS DE SANGRE: Entiendo que bajo la ley de Virginia, si un proveedor de atención médica, una persona empleada por, bajo la dirección o el control de un proveedor de atención médica, está directamente expuesta a los fluidos corporales de un paciente, que pueden transmitir virus que causan el VIH, o hepatitis B o C, se considerará que el paciente ha dado su consentimiento para realizarse la prueba de VIH o hepatitis B o C, y a la divulgación de los resultados de dichas pruebas a la persona que estuvo expuesta. (La exposición podría ocurrir debido a un pinchazo accidental de la aguja). Los pacientes que den positivo tendrán la oportunidad de divulgar cara a cara los resultados de las pruebas y el asesoramiento adecuado.

ASIGNACIÓN y PROMESA DE PAGO: En consideración a los servicios médicos / dentales que se me prestan o a petición mía, asigno a CHW, en la medida necesaria para satisfacer cualquier deuda pendiente, el derecho a recibir todas las sumas pagaderas a mí, o en mi nombre bajo los términos de cualquier póliza de salud o responsabilidad u otro acuerdo, o plan con un tercero que proporcione el pago de servicios médicos o dentales, o póliza de seguro, o de conformidad con cualquier acuerdo o sentencia que surja de o esté relacionada con cualquier incidente que causó la admisión o tratamiento médico. Entiendo que debo y acepto incondicionalmente pagar a CHW el monto total cobrado por los servicios prestados a mí o a mi hijo que no son pagados en mi nombre por un tercero, dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que se prestaron los servicios médicos. También entiendo que la factura de CHW se paga en su totalidad dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha en que se prestaron los servicios médicos. Además, acepto pagar honorarios razonables de abogados y costos de cobro si mi cuenta se coloca para el cobro.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a la clínica a divulgar toda la información médica y de facturación del paciente a cualquier médico involucrado en mi tratamiento; a cualquier centro de atención médica al que yo / el paciente sea dado de alta o transferido para tratamiento; a afiliados de CHW para fines de tratamiento, facturación, evaluación de calidad, cobro o defensa de litigios o litigios anticipados; y a cualquier compañía de seguros, organización de revisión u otra entidad, que sea directa o indirectamente responsable del pago o revisión de los servicios prestados por la clínica. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica por parte de los afiliados de CHW.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE FIRMA DE MEDICARE DE POR VIDA: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare/ Medicaid se realice en mi nombre por cualquier servicio proporcionado por o en CHW, incluidos los servicios médicos. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, al Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia y a sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados. Asigno los beneficios pagaderos por el médico y otros servicios médicos al médico u organización que proporciona los servicios y autorizo a dicho médico u organización a presentar reclamos a Medicare y / o Medicaid para el pago. Si se indica otro seguro de salud, mi firma autoriza la divulgación de la información a la aseguradora o agencia. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago, pagos de la tabla de tarifas móviles y cualquier porcentaje aplicable de los cargos restantes.

VALUABLES: ENTIENDO que CHW no será responsable de ningún objeto de valor u otra propiedad personal que se deje desatendida en el centro. En consecuencia, asumo el riesgo de pérdida o robo, o cualquier propiedad personal no depositada en el centro para su custodia y acepto mantener CHW exime de toda responsabilidad que pueda resultar de la pérdida de dichos bienes personales.

CERTIFICACIÓN Y RECONOCIMIENTO: Certifico que toda la información anterior y toda la información proporcionada por mí como parte del proceso de admisión / registro es correcta. También acuso recibo del CHW aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") y que se me ha brindado la oportunidad de revisarlo. Entiendo que: Tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida; CHW puede y usará mi información de salud para fines de mi tratamiento, pago de tratamiento y operaciones de atención médica; el Aviso de Privacidad explica con más detalle cómo CHW puede usar y compartir mi información de salud protegida para otros fines; Tengo derechos con respecto a mi información de salud protegida que se enumera en el Aviso; y CHW tienen el derecho de cambiar el Aviso de vez en cuando y puedo obtener una copia actualizada del Aviso comunicándome con la persona que aparece en el Aviso.

Firma del paciente o del padre/tutor legal/representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente

Firma del testigo