

Formulario de Consentimiento/Autorización de la Red de Médicos

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA TRATAMIENTO/CONTACTO

Yo autorizo y doy permiso a los médicos, enfermeros con práctica médica, médicos auxiliares, parteras y sus asistentes y otros profesionales de atención médica de los consultorios médicos de Lexington Medical Center para que proporcionen cuidado médico y tratamiento razonable y necesario que mi proveedor considere aconsejable. Pueden contactarme a cualquier número de celular que he proporcionado con el propósito de realizar asuntos de negocio conmigo o para contactarme acerca de mi cuenta. Doy mi consentimiento para el uso de un marcador automático con este fin.

PERMISOS ESPECIALES

Sin perjuicio de lo anterior, yo además autorizo y doy permiso a los consultorios médicos de Lexington Medical Center para realizar las siguientes acciones a menos que yo objete explícitamente al tachar la acción y poner mis iniciales junto a ella.

1. Examinar, utilizar, conservar, y/o deshacerse de cualquier tejido, fluido o partes extraídos de mi cuerpo de la forma que sea (menos para la donación y/o trasplante de órganos).
2. En el caso de que cualquier miembro del personal que asista en la provisión de atención médica y tratamiento sufra una exposición involuntaria a mi sangre y/o a cualquier otra sustancia corporal mía que pueda transmitir enfermedad y no pueda consultar con mi médico oportunamente antes de hacer análisis, yo consiento a que se realicen análisis limitados para determinar la presencia, si la hubiera, de anticuerpos de la hepatitis A, B, y C y el VIH.
3. Tomar y utilizar fotos de mí para propósitos únicos de identificación interna de pacientes. Esta fotografía no será expresamente utilizada con fines de publicidad sin mi consentimiento expreso.
4. Permitir que estudiantes, bajo la supervisión directa de mi médico observen y participen en mi atención médica y tratamiento. Tendré la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de o durante una cita.

DIVULGACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo autorizo y doy permiso a los consultorios médicos de Lexington Medical Center para divulgar cualquier información médica a (1) una compañía de seguro médico por la cual cobro beneficios y (2) cualquier proveedor médico involucrado en mi atención médica. Yo autorizo y ordeno a mis aseguradores pagar directamente a los consultorios médicos de Lexington Medical Center y/o a sus médicos cualquier y todo beneficio hasta la cantidad total de mi factura correspondiente a todos los cargos contraídos. Yo asigno a los consultorios médicos de Lexington Medical Center, incluyendo a sus afiliados, cualquier y todo beneficio o compensación, de cualquier tipo a los cuales tengo derecho con respecto a la atención y tratamiento que reciba, incluyendo aunque no limitándose a la compensación de cualquier arreglo de responsabilidad o sentencia pagada por o de parte de terceros y cualquier beneficio pendiente de pago de cualquier póliza de seguros ante terceros. Yo entiendo que soy personalmente responsable por cualquier honorario restante. Yo por la presente acepto pagar todo costo y honorarios razonables en el evento de que esta cuenta sea pasada a terceros para cobranza.

Nombre del Paciente en Letra de Molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la Parte Responsable (si es diferente): _____ Fecha: _____