



Consentimiento general para el tratamiento y la recepción de notificaciones

Nombre del paciente

N.º de remisión de Medicare

Fecha de nacimiento

N.º de teléfono

Autorización para tratamiento médico: Por la presente reconozco, acepto y doy mi consentimiento para el diagnóstico, tratamiento, tratamiento de la salud del comportamiento, tratamiento dental, según lo considere necesario el Centro de atención médica comunitaria de Lakeshore (Lakeshore Community Health Care, LCHC) y según lo indique apropiado mi proveedor de tratamiento, sus asistentes y personas designadas. Esta autorización incluye, pero no está limitada a, procedimientos diagnósticos rutinarios, ambulatorios, exámenes de laboratorio, rayos X y otras pruebas o procedimientos. También autorizo que se divulguen copias de la historia clínica a otros médicos y centros de atención médica, según lo considere necesario cualquier médico(s) o proveedor bajo quienes esté mi cuidado. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía como resultado del examen y el tratamiento recibidos en este centro. Reconozco que mi cuidado está bajo la dirección de mi proveedor de tratamiento y que LCHC seguirá las instrucciones de mi(s) proveedor(es) en el puesto de dicha asistencia.

Asistencia al paciente: Yo, el abajo firmante, acepto hacer cumplir mis responsabilidades para hacerme cargo de mi atención médica, trabajar con mi proveedor y mantener el cumplimiento del plan de asistencia designado por mis proveedores para mi salud y bienestar.

Objetos personales de valor: Acepto toda la responsabilidad de todas las propiedades en mi posesión. Entiendo que LCHC no se responsabiliza por ningún bien que sea personal y que esté en mi posesión.

Asignación de beneficios: Por la presente, asigno todos los beneficios del seguro o beneficios de Medicare o Medicaid a LCHC, y autorizo el pago directo a la institución. Dicho pago incluye el pago de todos los cargos incurridos durante el tratamiento, visita y observación en todas las clínicas para LCHC. Estoy de acuerdo en que soy responsable del aspecto financiero de mi asistencia médica y mantendré el cumplimiento de todos y cada uno de los planes de seguros, planes de seguros de Medicare o Medicaid y cualquier pago automático o detalles de tarifas variables. Una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

Representante autorizado: Por la presente, autorizo a LCHC, sus centros de atención médica, sus agentes y representantes a actuar en mi nombre para cobrar reclamaciones de beneficios, apelar por determinaciones adversas de beneficios y para emprender cualquier acción que considere necesaria para obtener el pago de los servicios que me proporcionó dicho(s) centro(s) de atención médica.

Declaración de responsabilidad: Entiendo que soy financieramente responsable ante LCHC como el paciente, tutor, protector o asegurado, de todos los cargos no cubiertos por las asignaciones o programas anteriores. Los cargos pueden incluir deducibles de seguro médico o dental, coaseguro y gastos personales.

Autorización para divulgar información a la compañía de seguros o pagadores externos: Por la presente, autorizo a los centro(s) médico(s) autorizado(s), incluida la Administración de Veteranos u hospital gubernamental, cualquier compañía de seguros u otra persona, institución u organización para divulgar mi historia clínica a cualquier persona, corporación, compañía de compensación de trabajadores, agencia gubernamental (o representante de la misma) que es o puede ser responsable bajo cualquier contrato o programa gubernamental de dicho centro médico, del paciente o un miembro de la familia, por la totalidad o parte del cargo del(los) centro(s) médico(s). Dicho centro médico procurará proteger la confidencialidad de mi historia clínica. Sin embargo, el centro médico no será responsable por divulgar dicha historia clínica o cualquier parte de la misma, cuando se responde de buena fe a una divulgación aparentemente válida.

Servicios no cubiertos de Medicare o Medicaid: los programas de Medicare y Medicaid tienen ciertos cargos que están excluidos de la cobertura, incluidos, pero no limitados a: cirugía estética, cirugía dental no relacionada con la asistencia médica, pruebas diagnósticas rutinarias, exámenes físicos rutinarios y medicamentos orales. Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos si mi cuadro médico o dental indica alguno de los tratamientos o cuidados mencionados en la lista.

Instrucciones anticipadas para atención médica: entiendo que puedo indicar por escrito (instrucciones anticipadas, es decir, testamento vital y poder notarial duradero) mi deseo de recibir, seleccionar o definir un tratamiento médico o quirúrgico o elegir un no tratamiento. LCHC reconocerá dichas instrucciones en virtud de la ley de Wisconsin y la(s) política(s) del centro(s) médico(s) si ambas declaraciones de Instrucción anticipada se proporcionan al(los) centro(s) médico(s) para que se archive una copia con cualquier historia médica.

Coloque sus iniciales:

_____ **Acepto la notificación de las prácticas de privacidad y los derechos y responsabilidades del paciente de LCHC.**

_____ Entiendo que mi equipo de asistencia médica y de salud del comportamiento participa en el **programa Smart Chart de Aurora Health Care** a través de **LCHC Health Connect** y que los datos del paciente se almacenarán en un registro electrónico comunitario compartido.

_____ Entiendo que me pueden cobrar cargos que no cubre mi copago o seguro.

_____ **Firma del paciente/padre o madre, si es menor de edad/poder notarial/tutor**

_____ **Fecha**

_____ **Firma de la parte responsable
(si no es la misma que la del paciente o padre)**

_____ **Firma del asegurado**

Indique sus representantes personales (a partir de los 18 años*) autorizados para acceder a su información de salud o para autorizar un tratamiento en su nombre. *Los menores emancipados están exentos de la restricción de edad.

| Nombre | Parentesco | Dirección | N.º de teléfono | Autorización de tratamiento | |
|--------|------------|-----------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |