



Consentimiento para tratamiento y atención médica	Etiqueta del paciente
--	------------------------------

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, por medio de la presente, consiento recibir atención médica de médicos, empleados y tales asociados, asistentes y otros proveedores de atención para la salud de CommUnityCare de acuerdo a lo que mi equipo de atención considere necesario. Este cuidado puede incluir, pero no está limitado a, evaluaciones, tratamientos, exámenes, diagnósticos o procedimientos de laboratorio (que pueden incluir pruebas del VIH), colocación de inyecciones y/o medicamentos y otros procedimientos médicos, de enfermería o dentales de rutina. Entiendo que algunos servicios podrían proporcionarse a través de la Telemedicina, una modalidad de tratamiento mediante videoconferencia interactiva. Se me ha informado y entiendo que este centro está afiliado con una institución de enseñanza y los servicios prestados pueden requerir observación, cooperación y participación de múltiples proveedores de atención médica. Autorizo a los residentes y/o a los estudiantes a participar en mi cuidado; sin embargo, tengo el derecho de solicitar ver a un médico. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento; excepto por los servicios que ya haya recibidos.

CONFIRMACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE & PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmando que se me ha proporcionado una copia de los siguientes:

- **Derechos y responsabilidades del paciente** – define mis derechos y responsabilidades como paciente que recibe servicios de salud por parte de CommUnityCare.
- **Notificación de prácticas de privacidad** – proporciona información sobre cómo CommUnityCare y su personal pueden usar y/o revelar mi información médica protegida para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y según como sea permitido por la ley.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por medio de la presente autorizo e instruyo a mi compañía de seguros u otro tercer pagador a enviar pago a CommUnityCare por cualquier servicio de atención medica que de otra forma se me debería pagar a mí.

Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos por cualquier servicio de atención medica que no sean cubiertos o pagados por mi compañía de seguro u otro tercer pagador, incluyendo cualquier deducible o monto de coseguro.

Firma del paciente o persona autorizada

Relación con el paciente

Testigo

Fecha