

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Solicito y doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento por parte de los médicos de los proveedores y trabajadores de la salud de Carle Health. Entiendo que esto incluye y no se limita a procedimientos de diagnóstico, procedimientos de detección, servicios de patología y servicios de radiología. Acepto que se me puedan tomar fotografías y utilizarlas para mi tratamiento o con fines de identificación.

**TELESALUD Y COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS:** Doy mi consentimiento para que el tratamiento médico y los servicios relacionados con la atención médica sean proporcionados mediante tecnología de tele-salud remota, *Mi Registro* El portal de mensajes del paciente, y otras plataformas de comunicación electrónica. Dichos servicios involucran a un proveedor de atención médica que se encuentra en una ubicación diferente a la mía al momento del servicio, y dichos servicios a menudo involucran la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos. El proveedor de salud remoto determinará si mi condición es apropiada para tele-salud, *Mi Registro* El portal de mensajes del paciente, u otras comunicaciones electrónicas, y entiendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento o prescripción. También entiendo que pueden ocurrir retrasos e interrupciones en el tratamiento debido a problemas técnicos y problemas con el equipo, y que otros riesgos incluyen fallas en las protecciones de seguridad que pueden resultar en una posible violación de la privacidad y acceso no autorizado a mi información médica.

Además, entiendo que es posible que tenga que viajar para ver a un proveedor de atención médica en persona por cuestiones de diagnóstico y tratamiento. Tengo derecho a rechazar el tratamiento a través de tecnología o equipos relacionados con la tele-salud sin afectar mi atención o tratamiento futuros.

**PARA RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por la presente certifico que la información proporcionada por mí para solicitar el pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social o por terceros pagadores es correcta. Asigno el pago a Carle Health de todos los beneficios que se me adeudan según los términos de dichas políticas y programas. Asigno el pago a los proveedores que prestan servicios médicos y a los proveedores a los que la organización está autorizada a facturar en relación con sus servicios. Entiendo que debo pagar cualquier deducible, coseguro / copago del seguro médico o cualquier otro cargo incurrido que no sea pagado por mi seguro u otros terceros pagadores junto con todos los costos de cobranza**,** y de ser necesario, inclusive un honorario razonable de servicios de abogado si fuera recogido por o a través de un abogado.

**LIBERACIÓN DE REGISTROS PARA EL PAGO DE RECLAMOS:** Autorizo la divulgación de información de registros médicos o extractos de los mismos a cualquier compañía de seguros o pagador externo para fines de auditoría de gestión de utilización y / o para verificar los servicios prestados y obtener el pago de la cuenta. Entiendo que la ejecución de esta autorización renuncia a mi derecho de confidencialidad en cuanto al material divulgado de conformidad con esta autorización.

**CONSENTIMIENTO PARA CONTACTAR:** Al proporcionar un número de teléfono inalámbrico y / o residencial y/o una dirección

de correo electrónico, doy mi consentimiento expreso para recibir llamadas en vivo, mensajes de texto y/o correos electrónicos en vivo, mensajes de correo de voz pregrabados por parte de Carle Health y / o sus afiliados, agentes contratistas o socios comerciales (incluidos, entre otros, cobradores de deudas de terceros) en cualquier número de teléfono o dirección de correo electrónico, ya sea celular, residencial u otro, asociado con mi cuenta para cualquier propósito (incluido, entre otros, el cobro o

pago de deudas) relacionado a los servicios proporcionados por Carle Health.

**Mi firma debajo representa que he leído y comprendo los términos y declaraciones anteriores.**

Este formulario de autorización permanecerá en vigor durante 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que yo lo revoque por escrito, y no podrá ser revocado en cuanto a los servicios prestados antes de mi notificación de revocación. Una fotocopia de este formulario de autorización se considerará tan válida como el original

Nombre del Paciente (por favor usar imprenta) Fecha de Nacimiento: / / Firma del Paciente: Fecha: / /

Firma del Padre o Tutor:

Relación con el Paciente:

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

|  |  |
| --- | --- |
| Se me entregó el folleto de Aviso de Prácticas de Privacidad: | Fecha  Fecha |
| Firma del Padre o Tutor  No quiero el folleto de Aviso de Prácticas de Privacidad: |
| Firma del Padre o Tutor |

Fecha de Vigencia: 1 de marzo 2023