

Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

Nombre de la práctica: _____

Autorización para recibir tratamiento

- Por la presente, autorizo el tratamiento médico que lleve a cabo el doctor, el personal clínico y los empleados técnicos asignados para mi atención.
- Autorizo a los proveedores que me tratan a ordenar todos los servicios auxiliares, como los análisis de laboratorio o las pruebas de radiología, o cualquier otro servicio o tratamiento que se consideren necesarios para mi atención y seguridad.
- Comprendo que tengo el derecho y la oportunidad de debatir los planes alternativos de tratamiento con mi doctor u otro profesional de la salud y a preguntar y que se me brinden respuestas satisfactorias ante cualquier consulta o inquietud que pudiera tener antes de la prestación del tratamiento.
- En el caso de que un trabajador de la salud se exponga a mi sangre o fluidos corporales de manera que pueda contagiarle el VIH (virus de la inmunodeficiencia humano), el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C, doy mi consentimiento para que me realicen análisis de sangre y/o de los fluidos corporales para detectar dichas infecciones y a informar los resultados de dichos análisis al trabajador de la salud que haya estado expuesto, según lo exige la ley de Virginia.
- Entiendo que Bon Secours Health System utiliza un sistema de registro médico electrónico.
- Comprendo que Bon Secours Health System utiliza un mecanismo de recetas electrónicas para la transmisión electrónica de recetas y que cualquier medicamento que mi médico me recete se debe comunicar electrónicamente mediante cualquier farmacia local o de envíos por correo que yo haya designado.
- Autorizo la divulgación de mi historial de recetas a mi doctor de Bon Secours Health System a cualquier farmacia u organismo de supervisión de medicamentos.

Acuerdos para el pago

- Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera respecto del pago de los costos de los servicios de salud que me hayan prestado y le hayan prestado a mi(s) dependiente(s) por parte de o en nombre de Bon Secours Health System.
- Al firmar este documento, autorizo la cesión a la práctica médica de todos los pagos de cualquier tipo de beneficio de seguro que, de otro modo me sean pagaderos por los servicios proporcionados en virtud de cualquier tipo de póliza de seguro (internación, médicos principales, indemnización de los trabajadores o de cualquier otro beneficio del plan de seguro).
- Estoy de acuerdo en pagar, al momento en que se presta el servicio, cualquier copago, coseguro y deducible que se exija, así como los cargos por los servicios prestados por Bon Secours Health System que no estén cubiertos por mi seguro.
- Comprendo que todos los saldos impagos se facturarán y enviarán a la dirección que figura en el archivo de este consultorio y que soy responsable de actualizar mi información de registro, según sea necesario.
- Entiendo que soy responsable de pagar el saldo de mi factura en su totalidad, salvo que se hayan aprobado en otros acuerdos con antelación.
- Comprendo que existe un cargo de \$20 por cualquier cheque devuelto por mi banco.
- Entiendo que cualquier importe vencido que se adeude en mi cuenta podrá remitirse a una agencia de cobro y que será responsable de todos los gastos de cobranza y los honorarios de legales asociados, además del saldo completo de mi cuenta.
- Al firmar este documento, concuerdo en que las fotocopias de este documento son legalmente vinculantes al igual que el original.

Esta Autorización para recibir tratamiento consiste en un documento legal y no se pueden realizar modificaciones sin la autorización por escrito de un empleado autorizado Bon Secours Health System. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y que comprendo y acepto los términos anteriores.

Firma del paciente o del garante

Nombre en imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora