

## Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

**En mi nombre o en mi hijo menor u otro paciente mencionado a continuación, reconozco y doy mi consentimiento a las declaraciones realizadas en este formulario.**

### Consentimiento para tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_ solicito que se me brinden servicios de atención médica (o a mi hijo menor de edad o al paciente que se menciona a continuación) en las oficinas de Shoulder MD, y otros médicos asociados, clínicos y otro personal. Doy mi consentimiento voluntario para todos los tratamientos médicos y servicios relacionados con la atención médica que se consideren necesarios para mí (o para el paciente que se menciona a continuación). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta; no se me han dado garantías sobre los resultados de los tratamientos o exámenes.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Hijo menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Entiendo que si este consentimiento se firma en nombre de un menor, este consentimiento es válido hasta que el menor cumpla 18 años, momento en el que el menor debe dar su consentimiento para los servicios en su propio nombre.*

\_\_\_\_\_ Entiendo que la oficina de Shoulder MD pueden proporcionar ciertos servicios mediante tecnología de telesalud remota. Dichos servicios de telesalud involucran a un proveedor de salud que se encuentra en un sitio remoto de mi ubicación en el momento del servicio y, como tal, telesalud a menudo implica la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos. El proveedor de salud remoto determinará si la condición que se está diagnosticando o tratando es apropiada para telesalud, y entiendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento o prescripción. Además, entiendo que es posible que tenga que viajar para ver a un proveedor de salud en persona para ciertos asuntos de diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para recibir, en el teléfono celular y / u otro (s) número (s) de teléfono que se proporcionan a la oficina de Shoulder MD, mensajes de texto y / o llamadas telefónicas u otras comunicaciones. Dichos mensajes de texto y / o llamadas telefónicas pueden estar relacionados con cualquier propósito, incluidos los relacionados con mi cuenta y / o la atención brindada. Entiendo que este consentimiento para las comunicaciones no es necesario para recibir servicios y que pueden aplicarse cargos por uso de datos y otros.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la comunicación electrónica nunca debe usarse para comunicaciones de emergencia o solicitudes urgentes. Las comunicaciones de emergencia deben hacerse con el consultorio del proveedor o con los servicios de emergencia 911 existentes en mi comunidad.

## Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

### Publicación de registros médicos

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que la oficina de Shoulder MD use y divulgue información médica sobre mí (o el paciente mencionado anteriormente). Al hacerlo, doy mi consentimiento para la divulgación de mi información médica (o la del paciente mencionado anteriormente) y la información de la cuenta financiera a todos los terceros pagadores y / o sus agentes identificados por la oficina de Shoulder MD, su facturación agentes, agentes de cobranza, abogados, consultores y / u otros agentes que representan la oficina de Shoulder MD o brindan asistencia a la oficina de Shoulder MD con el propósito de asegurar el pago de todas las partes que son potencialmente responsables de pago por mi atención médica (o la del paciente mencionado anteriormente).

\_\_\_\_\_ **Pacientes de Compensación Laboral:** Por la presente autorizo a la oficina de Shoulder MD a hablar con un especialista en rehabilitación, mi empleador, mi compañía de seguros u otros profesionales involucrados en mi atención de rehabilitación, con respecto a mis registros médicos y el tratamiento que he recibido o recibiré.

### Aviso de poliza de privacidad

\_\_\_\_\_ La oficina de Shoulder MD se compromete a proteger la privacidad de su salud e información personal. Esta información incluye información médica e información de identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de seguro social. La oficina de Shoulder MD protege su información personal y de salud en forma electrónica, escrita y oral cuando se usa en toda nuestra oficina. Podemos modificar o cambiar nuestra práctica de privacidad cuando entren en vigencia nuevas leyes y regulaciones. Cualquier cambio será efectivo para toda la información personal y de salud que mantenemos, incluida la información anterior proporcionada a nuestra oficina.

### Información financiera

\_\_\_\_\_ **Responsabilidad financiera:** Sujeto a la ley aplicable y los términos y condiciones de cualquier contrato aplicable entre la oficina de Shoulder MD y un tercero pagador, y en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o lo siguiente: paciente designado), acepto ser financieramente responsable y estar obligado a pagar a la oficina de Shoulder MD cualquier saldo que no se pague según el párrafo "Asignación de beneficios / terceros pagadores" a continuación.

\_\_\_\_\_ **Asignación de beneficios / terceros pagadores:** En consideración a todos los servicios de atención médica prestados o por prestarme a mí (o al paciente mencionado anteriormente), por la presente asigno a la oficina de Shoulder MD todos los derechos, títulos e intereses en y para cualquier tercero. los beneficios adeudados por todas y cada una de las pólizas de seguro y / o terceros pagadores responsables por un monto que no exceda los cargos habituales y habituales de la oficina de Shoulder MD por los servicios de atención médica prestados. Autorizo dichos pagos a las compañías de seguros correspondientes, terceros pagadores y otros terceros. Doy mi consentimiento a cualquier solicitud de revisión o apelación por parte de la oficina de Shoulder MD para impugnar una determinación de beneficios hecha por un tercero pagador. Salvo que lo exija la ley, asumo la responsabilidad de determinar de antemano si los servicios prestados están cubiertos por un seguro u otro tercero pagador.

## Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

Certifico que he leído y comprendido este acuerdo y que todos los espacios en blanco fueron llenados antes de mi firma con la oportunidad de recibir respuestas a mis preguntas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Firma / Fecha / Hora del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo / Fecha / Hora