

GEORGETOWN MEDICAL CLINIC



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida

Doy mi consentimiento para permitir Georgetown Medical Clinic utilizar y divulgar mi información de salud protegida para realizar tratamientos, pagos y operaciones de servicios de salud.

Autorización/Pago del Seguro

- Autorizo Georgetown Medical Clinic para divulgar información medica a mi compañía de seguros, y autorizo pago de beneficios del seguro a Georgetown Medical Clinic por servicios prestados a mí.

Autorización Para Dejar Mensajes de Voz y/o Por Correo Electrónico

- Autorizo Georgetown Medical Clinic para dejar mensajes de voz o correo electrónico en casa o empleo recordándome de citas medicas y otros servicios médicos para mi o miembros de mi familia. Sin embargo, entiendo que ningún mensaje quedara sobre información medica confidencial a menos que estén expresamente autorizado por mí medico y yo mismo.

Al firmar este formulario, yo estoy consintiendo a Georgetown Medical Clinic el uso y divulgación de mi información medica protegida mi acuerdo con lo explicado anteriormente. Sin embargo, puedo dar aviso para restringir el uso de dicha información y revocar mi consentimiento por escrito. Entiendo que tengo el derecho de revisar las Practicas de Privacidad para una descripción mas completa de esos usos y divulgaciones antes de firmar el consentimiento.

Revisión de Registros de Investigación

- También autorizo Georgetown Medical Clinic y San Gabriel Clinical Research para revisar mis registros para determinar mis calificaciones aprobados para los estudios clínicos y para ponerse en contacto conmigo si tengo posibilidades de investigación como candidato. Los registros no son prestados a terceros para fines de investigación, con excepción por autorización expresa por escrito de mí.

Responsabilidad Financiera

- Acepto la responsabilidad financiera de todos los cargos de atención medica que se me han facilitado y/o los miembros de mi familia por los médicos y el personal medico de la clínica.

Consentimiento Para el Tratamiento de Asistente Medico*

- Estoy de acuerdo en ser atendidos por el Asistente Medico, (P.A.-C) un proveedor de salud profesional con licencia del Texas State Board of Medical Examiners. Un Asistente Medico se incorpora por Georgetown Medical Clinic para proporcionar un nivel adicional de acceso a la salud de alta calidad al paciente.
- Entiendo que puedo cambiar esta decisión al cualquier momento solicitando a ver a un medico y la clínica me ayudara a la hora de programar mi atención.

***Si desea información adicional acerca del Asistente Medico y servicios de capacitación, diríjase por favor a la recepcionista.**

Firma del Paciente o Guardián Legal

Escribe el Nombre del Paciente o Guardián Legal

Nombre de Paciente

Fecha