

Consentimiento General para el Tratamiento, Facturación y Aviso de Prácticas de Privacidad

1. CONSENTIMIENTO: Solicito y autorizo servicios de salud por **Life Choices Care** (Médico, Enfermera Practicante o Asistente de Médicos), y sus designados que consideren conveniente. Esto puede incluir interfaz electrónica, diagnóstico de rutina, radiología y procedimientos de laboratorio, tratamiento de medicamentos y consejeros capacitados.

2. RENUNCIA A LA INFORMACION: Entiendo que la confidencialidad de todos los registros médicos estará protegida de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Autorizo a **Life Choices Care** a divulgar solo la información pertinente de mi expediente médico a: a. Pagadores, organizaciones o compañías de seguros que son responsables, total o parcialmente, de obtener beneficios de seguro para mí, de facturar y/o pagar mi factura, y de presentar apelaciones de denegación de beneficios, para que el proveedor médico pueda ser pagado por los servicios que se me proporcionan.

A. Auditores independientes o agencias de revisión retenidas por terceros pagadores y aseguradores para analizar los cargos por los servicios que me prestan.

B. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utiliza o divulga mi información médica protegida para el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica. Mis proveedores médicos no están obligados a aceptar esta restricción, pero si están de acuerdo, estarán obligados por el acuerdo.

3. PAGO: Cego y autorizo el pago, para todos y cada uno de los servicios prestados, directamente a **Life Choices Care** de mi compañía de seguros o pagador de terceros, incluyendo pero no limitado a, Medicare, Medicaid y planes de seguro médico comercial. En consideración a los servicios profesionales proporcionados o que se me proporcionarán, acepto pagar cualquier cargo no cubierto por mi seguro o en el calendario de tarifas deslizantes. Los acuerdos de pago pueden ser autorizados por el Director de la Clínica.

4. AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: **Life Choices Care** ha proporcionado información sobre cómo la información médica protegida sobre el paciente, incluyendo información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Complejo Relacionado con el SIDA (ARC); y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); e incluir registros de tratamiento de abuso de sustancias protegidos por el reglamento del Código 42 del Reglamento Federal, Parte 2, si los hubiera; y los registros psicológicos y de los servicios sociales, incluidas las comunicaciones que me hizo un trabajador social o un psicólogo (si los hay) tal vez utilizados y divulgados. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar el AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD antes de firmar este formulario. Entiendo que los términos del aviso pueden cambiar y que puedo obtener una copia revisada solicitándola en el sitio en **Life Choices Care**. Al firmar este formulario, reconozco que me han ofrecido y/o recibido el AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD de **Life Choices Care**.

5. Como organización sin fines de lucro, **Life Choices Care**, utiliza voluntarios médicos, profesionales y de pares para muchos de los servicios ofrecidos. Entiendo que no se pueden tomar medidas legales contra ningún voluntario que preste servicios en **Life Choices Care**.

6. Es la política de **Life Choices Care** reportar todas las infecciones positivas de transmisión sexual requeridas por el Estado de Texas y los condados aplicables al Departamento de Salud del Estado de Texas o a la entidad apropiada del condado que se especifica en el Código de Salud y Servicios Humanos. Los resultados se dan en persona, a través del portal seguro del paciente, o después de la identidad verificada solicitada por los profesionales con licencia apropiados.

He leído el formulario de consentimiento o me ha sido leído y estoy satisfecho de que entiendo su contenido. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Imprimir Nombre Fecha de Firma

REVISADO Y ACTUALIZADO: Junio 2021