



Adult Patient Consent for Treatment, Information Sharing, and Financial Agreement

Consentimiento in loco parentis para tratamiento, divulgación de información y acuerdo de pago

Nombre del paciente: _____

1. El médico y el personal de East Tennessee Children's Hospital (ETCH) y de los consultorios médicos tienen mi permiso para prestar atención médica al paciente.
2. Doy a ETCH permiso para divulgar la información de salud del paciente a médicos, especialistas u otros proveedores que podrían participar en el tratamiento del paciente. Entiendo que ETCH podría intercambiar esta información médica electrónicamente a través del East Tennessee Health Information Network (eHIN, la red de información médica del este de Tennessee). Entiendo que puedo optar por no participar rellenando el formulario eHIN Exchange Opt-Out.
3. Entiendo que la compañía del seguro médico del paciente necesita estar al tanto de la visita del paciente. Permito a ETCH dar la información médica necesaria a la compañía del seguro médico del paciente, a cualquier agencia gubernamental o al estado de Tennessee.
4. Estoy de acuerdo en que los pagos del seguro médico irán directamente a ETCH y a los médicos, y en que cualquier pago de Medicaid o Medicare irá directamente a ETCH. Proporcionaré información verídica en todos los documentos de pagos.
5. Entiendo que el paciente puede recibir tratamiento por parte de un proveedor de atención médica que no aparezca en la lista del plan del seguro médico del paciente. Entiendo que puedo recibir una factura aparte del proveedor de atención médica por la suma no pagada por el seguro médico del paciente.
6. Entiendo que si el plan del seguro médico del paciente requiere una remisión del médico de atención primaria, la remisión se debe obtener antes de la visita para garantizar que el paciente consiga el máximo beneficio del plan del seguro médico. Entiendo que si la remisión no ha sido realizada, debo asumir plena responsabilidad del pago adeudado.
7. Entiendo que si al paciente se le ha concertado una cita de revisión médica de niño sano y, durante esa cita, el proveedor halla una afección que requiere tratamiento (como faringitis estreptocócica, otitis media, etc.), puede que mi seguro médico requiera que yo pague un copago aparte.
8. Entiendo que si tengo que cancelar una cita, debo hacerlo como mínimo 24 horas antes de la hora de la cita. Entiendo que el paciente debe venir a todas las citas concertadas. Entiendo que si el paciente no se presenta a varias citas, al paciente se le puede dar de alta del consultorio médico.
9. Entiendo que un proveedor o miembro del personal puede verse expuesto a la sangre del paciente. Si eso ocurre, doy permiso a ETCH para que analice la sangre del paciente por hepatitis B y C y el VIH. Este análisis de sangre es gratuito y confidencial.
10. Entiendo que la política de este consultorio es quedarse una copia escaneada de los documentos legales y de tutoría, si ésta experimenta cambios en algún momento. Entiendo que el consultorio requiere una copia del documento de identidad la primera vez que alguien se presenta con el paciente. Puede que se pidan las tarjetas de los seguros médicos en cada visita.
11. He recibido una copia del aviso de las prácticas de privacidad. Puedo conseguir otra copia en cualquier momento llamando al (865) 541-8053. Autorizo a ETCH a usar la información de salud protegida según descrito en el aviso. Entiendo que debo proporcionar otra autorización aparte antes de que se realice alguna otra divulgación.

Yo entiendo que este consentimiento se utilizará en su totalidad en todas las consultas de eClinical Works que son propiedad de ETCH o están afiliadas a éste.

Por favor, firme aquí para mostrar que entiende y está de acuerdo con lo mencionado arriba y rellene la declaración jurada en la siguiente página:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Parentesco con el paciente: _____

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____

Declaración jurada de adulto ejerciendo in loco parentis (en lugar de uno de los padres) para obtener atención médica y para tomar decisiones sobre los cuidados médicos:

Estado de Tennessee

Condado de _____

_____ (nombre del declarante), habiendo prestado juramento, declara bajo pena de perjurio lo siguiente:

1. Tengo 18 años o más
2. Me he responsabilizado de obtener atención médica y de tomar decisiones en lo referente a los cuidados médicos para y en nombre de: _____ (nombre del paciente).
3. Yo soy (marque el que corresponda) en relación al paciente: ___ el padre o madre sin custodia ___ el abuelo o la abuela ___ el padrastro o la madrastra ___ la tía o el tío ___ el hermano o la hermana
Otro miembro de la familia (especificar): _____

(Firma del declarante)

Jurado y suscrito delante de mí este día _____ de _____ del año _____.

(Firma y sello del notario)

Mi comisión expira: _____

Observar que esta declaración expira 60 días desde la fecha de la firma que aparece arriba.