



Adult Patient Consent

Consentimiento de paciente adulto 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 ofrecerme atención médica.
2. Doy a ETCH permiso para divulgar mi información de salud a médicos, especialistas y otros proveedores que podrían participar en mi tratamiento. Entiendo que ETCH podría intercambiar esta información médica electrónicamente a través del East Tennessee Health Information Network (etHIN, la red de información médica del este de Tennessee). Entiendo que puedo optar por no participar rellenando el formulario etHIN Exchange Opt-Out.
3. Entiendo que mi compañía del seguro médico necesita estar al tanto de mi visita. Permito a ETCH dar la información médica necesaria a mi compañía del seguro médico, a cualquier agencia gubernamental o al estado de Tennessee.
4. Permito No permito a ETCH solicitar mi historial médico de otros proveedores y de mi compañía (o compañías) del seguro médico.
5. 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.
6. Entiendo que puedo recibir tratamiento por parte de un proveedor de atención médica que no aparezca en la lista del plan de mi seguro médico. Entiendo que puedo recibir una factura aparte del proveedor de atención médica por la suma no pagada por mi seguro médico.
7. Pagaré las cantidades de los gastos deducibles y/o copagos y pagaré los cargos que no estén cubiertos por mi seguro médico. Entiendo que los copagos se deben abonar el día de la prestación del servicio. Entiendo que cualquier saldo de la cuenta no pagado puede ser traspasado a una agencia de cobros. Comprendo que esto puede afectar a mi solvencia crediticia y que puede que me tuviera que responsabilizar de todos los recargos de adquisición de cobros y honorarios legales a los que ETCH se viera sometido a pagar para cobrar el saldo pendiente.
8. Entiendo que si mi plan de seguro médico requiere una remisión del médico de atención primaria, la remisión se debe obtener antes de la visita para garantizar el máximo beneficio del plan del seguro médico. Entiendo que si la remisión no ha sido realizada, debo asumir plena responsabilidad del pago adeudado.
9. Entiendo que si tengo una cita de revisión médica general concertada 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 abone un copago aparte.
10. Entiendo que si tengo que cancelar una cita, debo hacerlo como mínimo 24 horas antes de la hora de la cita. Entiendo que si no me presento a varias citas, se me puede dar de alta del consultorio médico.
11. Entiendo que un proveedor o miembro del personal puede verse expuesto a mi sangre. Si eso ocurre, doy permiso a ETCH para que analice mi sangre por la hepatitis B y C y el VIH. Este análisis de sangre es gratuito y confidencial.

12. 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.
13. Me gustaría participar o No me gustaría participar en el Portal del Paciente de eClinical Works y autorizo a ETCH a usar mi dirección de correo electrónico con fines participativos.
14. Doy permiso para que se intercambie información acerca de mis cuidados médicos o asuntos financieros con las siguientes personas. Esta petición permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito.

a) Nombre: _____ [Parentesco: _____ Teléfono: _____]

b) Nombre: _____ [Parentesco: _____ Teléfono: _____]

c) Nombre: _____ [Parentesco: _____ Teléfono: _____]

d) Nombre: _____ [Parentesco: _____ Teléfono: _____]

e) Nombre: _____ [Parentesco: _____ Teléfono: _____]

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.

Firma: _____ Fecha: _____

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

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____

Si el consentimiento se dio por teléfono, firmas de los testigos:

Testigo _____ Testigo: _____