

Austin Pediatric Surgery

Austin Office - 1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 400, Austin, TX 78723
Cedar Park Office – 1301 Medical Parkway, Suite 340, Cedar Park, TX 78613
Phone (512)708-1234 • Fax (512)708-4567

Consentimiento para el Tratamiento y Convenio de Asistencia de Salud

1. Consentimiento para Tratamiento

Por medio de la presente, doy consentimiento para la evaluación, procedimientos diagnósticos, pruebas y tratamientos según lo ordene mi médico o la persona designada por él. Entiendo que **Austin Pediatric Surgery** incluye instalaciones para la enseñanza, de allí que, puedo ser atendido por estudiantes y residentes de varias disciplinas y afiliados con varios programas educativos. Entiendo que puedo solicitar y recibir información sobre las afiliaciones específicas de cualquier proveedor de atención de la salud que pueda encontrar durante mi atención.

Entiendo que este consentimiento para recibir tratamiento será válido para cada visita que haga a Austin Pediatric Surgery hasta que sea cancelado, por escrito, por mí.

2. Consentimiento para divulgar información.

Estoy de acuerdo para que **Austin Pediatric Surgery** pueda divulgar mi información protegida de salud, según sea necesario para los procesos de tratamiento, pagos y atención de la salud y reconozco que la Notificación de las Prácticas Privadas de **Austin Pediatric Surgery** proporciona información sobre cómo mi información protegida de salud puede ser usada y/o difundida para estos propósitos. Entiendo que la información protegida de salud pertenece a mi diagnóstico y/o tratamiento e incluye, pero no está limitada a, la información relacionada con mi historia clínica, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, salud mental (excluyendo notas de psicoterapia), uso de alcohol o drogas, recetas y resultados de pruebas de laboratorio, incluyendo VIH o el diagnóstico de SIDA.

Comprendo que el uso o la divulgación de mi información médica protegida pueden ser necesarios antes de que mi aseguradora pague el costo de mi tratamiento médico y que si rechazo dar este consentimiento para su divulgación yo puedo ser requerido a pagar el costo total de mi atención médica proporcionada por Austin Pediatric Surgery.

Estoy de acuerdo y doy consentimiento para permitir que **Austin Pediatric Surgery** use los sistemas de intercambio de información de salud para transmitir, recibir o acceder mi información médica de manera electrónica, la cual puede incluir pero no está limitada a tratamientos, recetas, exámenes de laboratorio, historia médica o de recetas y otra información médica protegida. Puedo “excluirme” y no permitir que se divulgue mi información médica protegida a través de los sistemas de intercambio de información de salud al proporcionar la forma de “exclusión” de Seton (“opt-out” en inglés) firmada a la institución donde recibo tratamiento.

3. Asignación de beneficios de seguro/responsabilidad financiera del paciente

Asigno y transfiero a **Austin Pediatric Surgery** todos los derechos, títulos e interés en los pagos provenientes de terceros responsables de pagos, incluyendo pero sin limitarse a planes de salud, seguros médicos, protección de lesiones personales/automovilista sin seguro/ automovilista con poco seguro, seguro de auto o de propietario de casa. Entiendo que es mi responsabilidad saber sobre mis beneficios del seguro y hasta dónde o no los servicios que recibo son parte

PACIENTE _____ FechaDeNac _____

de un beneficio cubierto. Entiendo y estoy de acuerdo que seré responsable de cualquier deducible, co-pago o saldo que, por cualquier razón, **Austin Pediatric Surgery** no pueda recabar de mis terceros responsables de pagos. Si mi cuenta se vuelve delincente y es necesario que la cuenta sea referida a un abogado, una agencia de colección o se entabla una demanda, estoy de acuerdo en pagar todos los cargos al paciente, los honorarios razonables de abogados y los gastos por cobros.

4. Medicare/Medicaid/ Beneficios del seguro

Si soy elegible para los beneficios de atención de la salud bajo cualquier programa estatal o federal, incluyendo pero no limitado a Medicare o Medicaid, certifico que es correcta la información proporcionada por mí, en aplicar para el pago bajo cualquiera de tales programas. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o cualquier otra información acerca de mí, a proporcionar a la Administración del Seguro Social o contratistas, cualquier información necesaria para cobrar los reembolsos relacionados con cualquier programa estatal o federal. Yo solicito que el pago o los beneficios autorizados sean hechos, en mi representación, a **Austin Pediatric Surgery**. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier deducible, co-pago o saldo que se deba bajo estos programas.

5. Laboratorio/Rayos-X/Servicios de Diagnóstico

Yo entiendo que pudiera recibir una factura por separado si mi atención médica incluye exámenes de laboratorio, Rayos X o servicios de diagnóstico que no son proporcionados por **Austin Pediatric Surgery** o sus empleados. También entiendo que soy financieramente responsable por cualquier deducible, co-pago o saldo que se deba por estos servicios si, por cualquier razón, estos no son reembolsados por mis terceros responsables de pagos.

6. Consentimiento para fotografía/Imagen digital **Favor de anotar: No tomamos fotografías en este momento**

Yo doy consentimiento para fotografías/imágenes digitales para tratamiento y para verificar la identidad con el propósito de pagos. Entiendo que, **Austin Pediatric Surgery** retendrá la propiedad de los derechos de estas fotografías/imágenes digitales, pero que tendré permitido el acceso para verlas u obtener copias.

7. Exposición accidental de un empleado de atención de la salud

Yo entiendo que la Ley de Texas estipula, y doy consentimiento, que en caso de que un empleado de atención de la salud se exponga a mi sangre o fluidos corporales, a que mi sangre sea examinada para los anticuerpos del VIH y otras enfermedades transmisibles sin costo para mí.

8. Notificación de Prácticas Privadas

Admito el recibir la "Notificación de Practicas Privadas" de parte de **Austin Pediatric Surgery**.

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente/de la persona responsable

Fecha

Testigo/Witness

Fecha/Date

PACIENTE _____ **FechaDeNac** _____