



OP 4 – 013.000.02

Nombre del/de la Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Formato de Consentimiento

Consentimiento para Tratamiento: Autorizo a Chota Community Health Services (CCHS) y su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional a proporcionar dichos servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de CCHS, se considere necesario o aconsejable en mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluyendo radiografías de diagnóstico, la administración y/o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para análisis de laboratorio.

Asignación de Beneficios: Cedo a CCHS todos los beneficios a los que pueda tener derecho a partir de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento proporcionado por CCHS.

Obligaciones Financieras: Estoy de acuerdo en que, salvo conforme esté limitado por la ley o los acuerdos de CCHS con terceros pagadores, en caso de incumplimiento de pago por parte de un tercero para el cual he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por servicios prestados en las instalaciones de CCHS de acuerdo con las tarifas y términos de CCHS vigentes en la fecha del servicio. También acepto que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad: Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Chota Community Health Services (CCHS), que describe cómo CCHS puede usar y divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y la divulgación. de esta información.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente para ejecutar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____ Fecha: _____

Naturaleza de Relación con el Paciente (si el paciente no firma): _____

26/8/2020