

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Pago. Autorizo a University of Louisville Physicians, Inc. (UofL Physicians) para presentar reclamos en mi nombre directamente a Medicare/Medicaid/mi compañía de seguro de salud privada. Esto significa que UofL Physicians dirigirá el pago por suministros y servicios proporcionados. Comprendo que debo responsabilizarme con el(los) proveedor(es) por los cargos no pagados o por pagar. Autorizo compartir cualquier información necesaria sobre enfermedades y tratamientos con las aseguradoras para procesar los reclamos.

Iniciales: _____

Consentimiento para el tratamiento. Doy mi consentimiento para que UofL Physicians administre tratamientos, exámenes y/o pruebas de diagnóstico para tratar lesiones o enfermedades mías/del paciente, como paciente ambulatorio. Reconozco que no hay garantías en cuanto al resultado de cualquier tratamiento que yo/el paciente reciba. En cumplimiento con la ley estatal, como parte de la atención que se proporcione, puede que se realice una prueba para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), hepatitis, u otras enfermedades infecciosas o transmisibles por vía sanguínea si el doctor, APRN, o Asistente de Médico ordena dicha prueba con fines de diagnóstico debido al historial médico, síntomas o condiciones mías/del paciente.

Iniciales: _____

Receta electrónica. Comprendo que UofL Physicians utiliza tecnología para recetar electrónicamente y que participa con SureScripts. SureScripts opera el Pharmacy Health Information Exchange, que facilita la transmisión electrónica entre proveedores y farmacéuticos de la información en la receta. SureScripts también proporciona datos de la receta sobre cualquier medicamento, conocido como historial de medicamentos, los cuales se recetan para mí/el paciente.

Iniciales: _____

Llamadas/mensajes al teléfono celular y correos electrónicos. Como un servicio para nuestros pacientes, ofrecemos llamadas/mensajes de texto de cortesía para recordarle de sus citas y otras posibles llamadas importantes que puedan realizarse utilizando un mensaje pregrabado. Al proporcionarnos el número de su teléfono celular, usted está de acuerdo en recibir tales llamadas en este número. Al proporcionarnos su dirección de correo electrónico, usted reconoce que es posible que reciba encuestas y otros enlaces relacionados con el cuidado médico. Usted comprende que este medio no se usará para comunicarse con su proveedor de servicios y que el correo electrónico no es seguro, por lo que este puede ser interceptado y utilizado por personas no autorizadas.

La participación de otros en la atención. Autorizo a UofL Physicians para proporcionar y discutir la atención y las necesidades médicas mías/del paciente con las siguientes personas:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación/Parentesco	Teléfono

Derechos y responsabilidades del paciente

Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente _____ Rechazado _____

Aviso de prácticas de privacidad

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad _____ Rechazado _____

Fotografía del paciente menor de edad

Consiento para que UofL Physicians fotografíe al paciente únicamente para fines de identificación _____ Rechazado _____

Firma del paciente/padre/tutor legal/representante legal autorizado

Fecha

Si es el padre/tutor legal/representante legal autorizado, escriba el nombre en imprenta _____