

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y CONDICIONES DE ADMISIÓN

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Entiendo que mi condición médica requiere admisión como paciente externo. Autorizo y doy mi consentimiento al tratamiento según lo indicé (indicaron) mi(s) médico(s). Iniciales: _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Doy mi consentimiento para que todos mis expedientes médicos, sin restricciones, se pongan a disposición de las compañías de seguro o entidades que pudieran ser responsables de una parte o todo el pago de mis gastos médicos. Iniciales: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR LA PÉRDIDA DE OBJETOS DE VALOR

El Baptist Health System me ha informado que este hospital tiene un lugar designado para guardar de manera segura mi dinero, joyas y otros objetos de valor y efectos personales. Entiendo que el Baptist Health System **no acepta ninguna responsabilidad** por la pérdida de efectos personales que otras personas o yo mismo(a) traiga a este hospital. **Si no coloco mis efectos personales en el lugar designado para ello dentro del hospital, libero de responsabilidad a Baptist Health System y a sus agentes por los daños a mis efectos personales o la pérdida de los mismos.**

Iniciales: _____

POLÍTICA DE ASISTENCIA A LAS CITAS

Solicitamos de la manera más atenta que nos avise con 24 horas de anticipación si va a cancelar su cita. Si no asiste a sus citas, su tratamiento será dado por terminado después de la segunda vez que FALTE o la tercera cancelación.

Iniciales: _____

FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Se me ha explicado el objetivo del folleto de información para el paciente, entiendo su contenido y he recibido uno si así lo quise.

Iniciales _____

No aceptó el folleto: iniciales _____

DERECHOS DEL PACIENTE

Certifico que:

_____ **Recibí / Revisé** la copia de los Derechos del Paciente antes de la admisión.

Iniciales: _____

No aceptó - Iniciales _____

Testigo / Fecha: _____ / _____ Relación del testigo con el paciente: _____

CONFIRMACIÓN DE QUE RECIBIÓ LA NOTIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

Recibí una copia de la Notificación de los Procedimientos de Privacidad del Baptist Health System.

Iniciales: _____

Clinic use only: We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

1. Individual refused to: _____ accept notice **OR** _____ sign acknowledgement
2. Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
3. An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
4. Other (Please specify): _____

Clinic Representative

Date

Nombre del Paciente (con letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente/Representante autorizado

Fecha

HealthLink

Bitters

288 Bitters Rd
San Antonio, Texas 78216
OFFICE: (210) 297-9906
FAX: (210) 297-0982

Downtown

311 Camden St #106
San Antonio, Texas 78215
OFFICE: (210) 297-7725
FAX: (210) 297-0731

North Central

525 Oak Centre, Suite #450
San Antonio, Texas 78258
OFFICE: (210) 297-4525
FAX: (210) 297-0459

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ SEGURO SOCIAL #: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD: _____ FECHA DE LA CIRUGÍA/LESIÓN: ___/___/___
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: _____ TELÉFONO ALTERNO: _____

JUBILADO: Si la respuesta es "sí" no llene esta sección.

COMPAÑÍA DONDE TRABAJA: _____ OCUPACIÓN: _____
SUPERVISOR: _____ TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: _____ TELÉFONO ALTERNO: _____

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DURANTE ESTA ADMISIÓN

La información sobre su salud y tratamiento de cuidados médicos está archivada en su expediente médico. Esta información es confidencial y usted controla cómo la clínica libera esta información durante su estancia. Por lo tanto, favor de **MARCAR UNO** de los siguientes acerca de cómo quiere que la información con respecto a su salud y tratamiento de cuidados médicos sea liberada.

_____ **Opción A del Código de Privacidad:**

Autorizo a la clínica a liberar lo siguiente:

1. A cualquier persona que pregunte se le dirá que estoy en la clínica.
2. Mi familia inmediata (incluyendo, esposo(a), padre/madre e hijo(a)) será informada de mi diagnóstico, historia médica, tratamiento y el pronóstico.
3. Las personas autorizadas por ley serán informadas si me están haciendo pruebas, exámenes o estoy recibiendo tratamiento debido a cualquiera de las siguientes condiciones: VIH, condiciones relacionadas con el SIDA, enfermedad psiquiátrica, abuso de drogas/alcohol/sustancias químicas.

_____ **Opción B del Código de Privacidad:**

1. A nadie se le dirá que estoy en la clínica.
2. A nadie se le dirá mi diagnóstico, historia clínica, tratamiento o pronóstico.
3. No pasarán llamadas a mi cuarto.
4. Las personas autorizadas por ley serán informadas si me están haciendo pruebas, exámenes o estoy recibiendo tratamiento debido a cualquiera de las siguientes condiciones: VIH, condiciones relacionadas con el SIDA, enfermedad psiquiátrica, abuso de drogas/alcohol/sustancias químicas.

Firma del paciente/Representante legalmente autorizado

Fecha de nacimiento

Representante de la Clínica/Testigo

Fecha



NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD del PACIENTE
Para COPAGOS y DEDUCIBLES

Su póliza de seguro requiere que usted haga el copago y/o deducibles al momento de recibir el servicio. Su compañía de seguro requiere, además, que el Baptist Health System le cobre el copago y los deducibles pendientes porque, de no hacerlo, podríamos estar dejando de cumplir con el contrato que tenemos con su compañía de seguros y arriesgar el reembolso de su tratamiento.

Baptist Health System ha verificado su cobertura de seguro. De acuerdo a la información que su compañía de seguro nos proporcionó, la cantidad aproximada de dinero por la cual usted es responsable es de:

Cantidad del copago: _____ por visita, luego el plan paga el _____%

Cantidad del co-seguro: _____ por visita, luego el plan paga el _____%

Cantidad del deducible: _____

Deducible cubierto: _____ para este año.

El paciente está de acuerdo en pagar \$ _____ en cada visita que se aplicará hacia el deducible/co-seguro.

Se requiere que cobremos la cantidad indicada anteriormente antes de comenzar cada sesión de tratamiento. Nuestro personal de la recepción puede aceptar su pago en forma de cheque, tarjeta de crédito/débito o dinero en efectivo. Nosotros nos encargaremos de mandarle cobrar a su compañía de seguro por la porción de la factura que les corresponde a ellos.

Favor de verificar que entiende su responsabilidad económica al poner su firma y la fecha en este documento. Favor de indicarnos si podemos ayudarle de cualquier otra manera.

Gracias,

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Representante de Baptist Health System: _____ Fecha: _____