CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:
Fecha de Nacimiento:

RECONOCIMIENTO DEL RECIBIR LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE OSMC

Reconozco que he recibido la Notificación de Privacidad de OSMC.

×_____ _____
Firma del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del Padre/Representante Personal Nombre en Letra de Molde

Si la firma del Representante Personal aparece arriba, por favor describa la relación del Representante Personal con el paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER ACCESO AL HISTORIAL EXTERNO DE MEDICAMENTO

Al firmar este consentimiento, permito que OSMC obtenga mi historial externo de medicamento de parte de las farmacias. Yo entiendo que toda receta que se me ha recetado en otro lugar y por otros médicos será añadido electrónicamente a mi expediente. Este consentimiento es valido por un año desde la fecha firmada y mi lista de medicamento puede ser obtenida cada vez que yo tenga cita con el medico u cuando tenga cualquier comunicación con el doctor o su personal de enfermeras. Sigo siendo responsable de notificarle al medico verbalmente de cualquier cambio en mi historial de medicamento u salud lo cual puede afectar mi cuidado.

×_____ _____
Firma del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del Padre/Representante Personal Nombre en Letra de Molde

LA DIVULGACIÓN DE INTERÉS FINANCIERO DEL MÉDICO

La ley de Indiana (I.C. 25-22.5-11) generalmente requiere que un médico haga ciertas divulgaciones escritas para un paciente cuando el médico refiere al paciente a una entidad de asistencia médica para la salud en la cual el médico tiene un interés financiero. Mientras usted es un paciente (o el paciente para quien usted es el representante legal es un paciente), un médico de OSMC, le puede referir para una de las entidades de asistencia médica para la salud enlistadas abajo en la cuál él / ella tiene interés financiero. En cada caso, usted puede elegir ser referido para otra entidad de asistencia médica para la salud aparte de las entidades de asistencia médica para la salud escritas abajo:

Centro de IRM de OSMC
Terapia Física y de Mano de OSMC
Centro de Cirugía Ambulatoria OSMC

Médicos de OSMC

David A. Beatty, M.D.	Craig W. Erekson, M.D.	Leonard J. Kibiloski, M.D.	Willis W. Stevenson III, M.D.
David A. Cutcliffe, M.D.	Gene W. Grove, M.D.	Mark A. Klaassen, M.D.	J. Benjamin Smucker, M.D.
Jason J. Hix, M.D.	Sean M. Henning, D.P.M.	Scott J. Trumble, M.D.	Julia K. Pagano, D.P.M
Joseph M. Caldwell, M.D.	J. Mark Schramm, M.D.	Christopher M. Annis, M.D.	David J. Pope, M.D.
Edith M. Cullen, M.D.	Ryan P. Foreman, M.D.	Jonathan D. Schrock, M.D.	Jeffrey R. Sonntag, D.O.

×_____ _____
Firma del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del Padre/Representante Personal Nombre en Letra de Molde

Póliza Financiera / Consentimiento de Tratamiento

Gracias por escoger a OSMC como su proveedor del cuidado de la salud. Nos comprometemos en darle el mejor cuidado medico posible. Por favor entienda que el pago de su cuenta es parte de su tratamiento. La siguiente declaración explica nuestra **Póliza Financiera** por la cual le pedimos que la lea, la firme y la devuelva antes de iniciar su tratamiento.

- Antes de ser visto por el doctor, todos los pacientes devén proveernos información precisa y completa de su aseguranza e información personal.
- Si le aplica, su co-pago, balance personal, actual o previo: debe ser pagado al momento de recibir los servicios.
- Aceptamos pago en efectivo, cheque, o tarjetas de crédito como VISA, Mastercard y Discover.

CON RESPECTO A SU ASEGURANZA:
Nosotros participamos en muchos planes y redes de aseguranza. Es la responsabilidad del paciente determinar si el medico con el cual va a recibir servicios participa en su plan o red de aseguranza. Con algunas aseguranzas nosotros aceptamos asignaciones de beneficios pero en todos los casos requerimos que el garante, la persona quien es responsable financieramente, será personalmente responsable por todos los balances que no sean cubiertos por la aseguranza. Es su responsabilidad de entender y acceder con cualquier pre-determinación de beneficios o requisitos de referencias. Por favor tome en cuenta que algunos, y talvez todos, los servicios proveídos pueden ser servicios no-cubiertos o no sean considerados médicamente necesarios bajo el Programa de Medicare u otros planes de aseguranzas medicas.

CHEQUES REGRESADOS:
Por cada cheque regresado sin ser pagado por su banco, tendrá un cobro de $30.00

PACIENTES MENORES DE EDAD:
El adulto acompañando al menor, los padres (o guardianes), son responsables por el pago completo. Si un adulto no acompaña a un menor, solo proveeremos cuidados de emergencia al menos que se hayan hecho otros arreglos anteriormente.

AUTORIZACIÓN DE UNA VEZ EN LA VIDA DE MEDICARE (Si Aplica)
Yo pido que el pago de beneficios autorizados de Medicare sean hechos a mi o en mi nombre a OSMC para cualquier servicio dado ha mi por parte de sus médicos o proveedor de OSMC. Yo autorizo la divulgación de información medica a los Centros de Medicare y servicios de Medicaid y sus agentes para la determinación de los pagos de servicios relacionados.

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA/ CONSENTIMIENTO
Yo autorizo la divulgación de información médica a mis portadores de aseguranza para los servicios rendidos por parte de los proveedores de OSMC y todas las corporaciones afiliadas. En adición, también autorizo la divulgación de información de pagos de parte de mis portadores de aseguranza a OSMC y a todas las corporaciones afiliadas. En adición, yo solicito que los pagos de beneficios sean hechos directamente a OSMC y a todas las corporaciones afiliadas. Yo entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios no-cubiertos.

Mi proveedor de cuidado de la salud puede determinar a su juicio, si es necesario realizar estudios diagnósticos, procedimientos médicos y/o quirúrgicos para mi tratamiento y de avisarme de los riesgos y consecuencias de tales procedimientos. Yo reconozco que mi proveedor no ha hecho ninguna garantía con respecto a los resultados de cualquier tratamiento, examinación, y/o procedimientos operativos realizados en esta oficina.
Yo autorizo tratamiento de parte del proveedor atendiendo.

Yo he leído la Póliza Financiera. Yo entiendo y estoy de acuerdo con la Póliza Financiera.

×_____ _____
Firma del Paciente Fecha

_____ _____
Firma del Padre/Representante Personal Nombre en Letra de Molde