

COMO ESCUCHASTES O SUPISTES DE NOSOTROS? _____

**EN CASE DE UNA EMERGENCIA, A QUIÉN
PODEMOS LLAMAR?**

Favor de apuntar a alguien que no viva
en la misma casa.

Nombre _____

Dirección _____

Cuidad _____

Estado _____

Código Postal _____

Telefono (Dia) _____

Telefono (Noche) _____

Otra # Telefono _____

Relación _____

Favor de recordar que el seguro esta considerado como un método de reemborsar al paciente por cargas pagado al doctor y no es un sustituto de pago. Algunas compañías pagan cierta cantidades por ciertos procedimientos, y otros pagan un porciento del cargo. Es su responsibilidad pagar cual quier deductible, co-seguro, o cual quier otro balance que no es pagado por su compañía de seguro.

PARA PODER CONTROLAR SU COSTO DEL BILL, LE PEDIMOS QUE PAGEN SUS CARGOS AL TIEMPO DE SU VISITA.

Si esta cuenta designada a un abogado(a) para colección/demandado, Family Clinics of San Antonio esta titulado a cargos razonables del abogado y costas de colección.

Sometiende este informe del paciente, usted esta otorgando a lo siguiente:

- Pagos de beneficios autorizados seran hecho por usted.
- Que los beneficios en que usted esta otorgado, encluyendo Medicare, seguro privado, y otra plan de médico, seran pagados a Family Clinics of San Antonio.
- Que el asignado permancera en efecto hasta que usted lo canceles por escrito.
- Que usted esta responsable financieramente por todo cargos, no es importa si es pagado por su seguro.

GRACIAS POR SU COPERACIÓN

Formulario de autorización financiera y de consentimiento para el tratamiento

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Mediante este documento, solicito y autorizo a FCOFSA, sus prácticas médicas y proveedores, incluidos médicos, técnicos, enfermeras y otro personal calificado, incluidos los estudiantes supervisados adecuadamente y residentes para realizar los servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento según sea necesario de acuerdo con el juicio de los médicos que los atienden. Reconozco que nadie puede garantizar los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos. **TRATAMIENTO DE NIÑOS MENORES:** Entiendo que los pacientes menores de edad deben estar acompañados por un padre o tutor legal. Los cargos por los servicios prestados a los niños menores son responsabilidad del tutor. Los cargos por los servicios prestados a los pacientes menores de edad son responsabilidad del tutor que busca tratamiento para el niño y se deben pagar en el momento del servicio, independientemente de la responsabilidad ordenada por el tribunal.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO: Solicito que el pago de los beneficios médicos autorizados se realice en mi nombre directamente al proveedor de servicios de FCOFSA que se me proporcionó. Autorizo a la FCOFSA a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguro médico y / o sus agentes legítimos que sea necesaria para procesar las reclamaciones relacionadas con el seguro médico y / o verificar los beneficios del plan de acuerdo con los estándares de información médica de HIPAA. Autorizo el pago de los servicios, que de otro modo me pagarán según los términos de mi plan de seguro médico grupal, privado o grupal, directamente a la FCOFSA. Por la presente autorizo que las fotocopias de este formulario sean válidas como el original.

PACIENTES QUE PAGAN POR CUENTA PROPIA: Entiendo que si no tengo cobertura activa o elijo utilizar los beneficios de mi seguro, soy responsable de todos los cargos ocurridos en el momento del servicio.

GARANTÍA DE PAGO: Por la presente garantizo el pago de todas las tarifas y cargos relacionados con todos los servicios y bienes duraderos que se me brindan a través de FCOFSA y proveedores desde mi primera fecha de examen al recibir un estado de cuenta de FCOFSA, ya sea una factura provisional o final. En el caso de que no realice el pago completo o no cumpla con otros arreglos de pago hechos con la aprobación de FCOFSA, entiendo que se pueden iniciar las medidas de cobro apropiadas. Entiendo y acepto que mis pagos serán procesados por SwervePay, un socio comercial externo. Por la presente doy mi consentimiento para que SwervePay recopile y almacene de forma segura mi información de pago. **tratamiento. Estoy de acuerdo en hacer el pago completo inmediatamente.**

SERVICIO RESTRINGIDO: Entiendo que todos los saldos deben estar al día antes de recibir servicios adicionales y me pondré en contacto con el personal de FCOFSA si no puedo pagar el saldo. Las cuentas vencidas de 60 días o más se pueden entregar a un tercero para su cobro, junto con los costos de cobro, los honorarios de abogados y los honorarios de la corte. También entiendo que me pueden dar de alta de la práctica.

CARGOS ADICIONALES POR SERVICIO: Los cheques pueden procesarse en el momento del servicio, si no hay fondos suficientes disponibles, entiendo que seré responsable de proporcionar un pago alternativo por el monto de la cuenta, más una tarifa NSF de \$ 35.

REGISTRO ELECTRÓNICO DE SALUD: Entiendo lo siguiente: Los proveedores de atención médica requieren acceso a la información médica del paciente cuando o donde el paciente se presente para recibir atención para garantizar la seguridad, la calidad y para coordinar la atención del paciente en toda la red del proveedor, evitando la duplicación de servicios. La FCOFSA tiene un registro médico electrónico en todo el sistema que está disponible para los cuidadores cuando lo "necesiten saber", para compartir información sobre la atención al paciente proporcionada en el hospital, ambulatorio o en consultorio físico. Los problemas de confidencialidad se mantienen según los estándares gubernamentales y regulatorios pertinentes. Los resúmenes de atención al paciente se envían automáticamente a la FCOFSA designada y a otros médicos comunitarios de atención primaria / familiares / remitentes, así como a los médicos que son consultados por el médico tratante para la coordinación de la atención. La FCOFSA y / o el médico tratante pueden proporcionar y divulgar a las agencias de supervisión de la atención médica federales y estatales, o, previa solicitud por escrito, a todas las compañías de seguros o sus representantes, con respecto a los registros, incluidos los que reflejan el tratamiento por problemas de salud conductual, VIH / SIDA o medicamentos. o tratamiento de información sobre el alcohol del paciente aquí mencionado, incluidas copias del registro médico.

Doy mi permiso para compartir mi registro médico electrónico entre mis proveedores de atención médica y obtener el historial de medicamentos a través de un Intercambio de información de salud del proveedor (HIE). La FCOFSA seguirá las leyes estatales y federales con respecto al acceso de los proveedores médicos a cualquier información confidencial, como salud conductual, tratamiento por abuso de sustancias, abuso sexual, resultados de pruebas genéticas, estado de VIH / SIDA y registros de adopción.

Si he proporcionado mi dirección de correo electrónico, solicito la posibilidad de acceder a mi información médica a través del Portal para pacientes en línea de la FCOFSA.

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: Entiendo que la FCOFSA y las oficinas pueden usar un sistema de prescripción electrónica que permite que las prescripciones y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mis proveedores de la FCOFSA y mi farmacia. Se me ha informado y entiendo que la FCOFSA mediante el sistema de prescripción electrónica podrá ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores de FCOFSA para ver esta información médica.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD VIRTUAL / TELEMEDICINA: Por la presente doy mi consentimiento para participar en servicios de salud virtual o telemedicina, cuando estén disponibles, como parte de mi tratamiento. Entiendo que "salud virtual" o "servicios de telemedicina" incluyen la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos cuando el proveedor de atención médica y el paciente están no en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos utilizados para estos servicios incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos para garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Entiendo que los beneficios potenciales de recibir atención de esta manera incluyen un mejor acceso a la atención y la capacidad de obtener la experiencia de un especialista a distancia. Los riesgos potenciales incluían problemas con la transmisión de información, incluidos, entre otros, una transferencia de datos deficiente que puede incluir una experiencia de calidad de datos y video deficiente o la falta de acceso a cualquier registro médico completo por parte del físico remoto. Entiendo que toda la información, incluidas las imágenes, será parte de mi registro médico disponible para mí si se solicita y con las mismas restricciones de difusión sin mi consentimiento. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

TELÉFONOS CELULARES: Por la presente doy mi consentimiento para proporcionar mi (s) número (s) de teléfono, incluido mi (s) número (s) de teléfono inalámbrico para que los representantes de FCOFSA, sus sucesores o cesionarios puedan comunicarse conmigo de cualquier manera, incluyendo pero no limitado a hacer una llamada manualmente mediante el uso de un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada, mediante mensajes de texto o correos electrónicos con respecto a cualquier asunto, incluidos, entre otros, tratamiento médico, recetas, elegibilidad de seguro, cobertura de seguro, programación, facturación o asuntos de cobranza. Este consentimiento incluyó cualquier información de contacto actualizada o adicional que pueda proporcionar. Entiendo que podré cambiar mi preferencia en cualquier momento.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR OBJETOS DE VALOR PERSONALES: Me han informado y entiendo que los proveedores de FCOFSA no tienen facilidades para la custodia de objetos de valor. Por la presente libero a FCOFSA de cualquier responsabilidad

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Requerido de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de FCOFSA. Por la presente doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida, incluida la información generada a través de las Prácticas de uso. Esto incluirá toda mi información médica protegida generada durante la hospitalización y el tratamiento ambulatorio en la Clínica del médico, incluido, entre otros, el tratamiento de enfermedades transmisibles de salud mental, abuso de drogas y alcohol como el VIH / SIDA, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas y otras del tratamiento recibido. servicios de salud virtual o telemedicina, como se describe en el Aviso de Privacidad

Yo, o mi representante legal, certifico que he leído este documento, que se me ha explicado completamente y que entiendo su contenido, y por la presente acepto todos los términos y condiciones establecidas anteriormente y acusar recibo de una copia si se solicita.

El abajo firmante certifica que ha leído (o me ha leído) lo anterior, lo entiende, acepta sus términos y ha recibido una copia de. Por la presente, acepto todos los términos y condiciones establecidos anteriormente y entiendo que en cualquier sección de este consentimiento que no consienta, he tachado y puesto mis iniciales en la sección que no tiene mi consentimiento o permiso.

Firma del paciente o padre / madre / guardia legal / representante autorizado

Relación con el paciente si corresponde

Testigo de la firma

Fecha / hora de la firma

**AVISO DE POLIZAS PRIVADAS Y PRACTICAS PARA FAMILY CLINICS
OF SAN ANTONIO**

Estimado Paciente,

Este aviso describe como la información sobre el paciente puede ser utilizada y divulgada. Favor de revisar cuidadosamente. Estamos confiados en tratar y usar la información protegida sobre su salud en una manera responsable. Este aviso describe la información personal que recibimos y como y cuando se divulga y se utiliza esa información protegida de la salud según lo definido por regulaciones federales.

COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SU SALUD

Utilizaremos su información de salud para el tratamiento médico. Esta información se puede utilizar por los miembros de personal (empleados) o divulgar a otros profesionales del cuidado médico con el fin de evaluar su tratamiento médico de salud, métodos diagnósticos, dolencias y tratamiento del abastecimiento. Por ejemplo los resultados de las pruebas y de los procedimientos de laboratorios estarán disponibles en su informe médico para todos los profesionales de salud que puedan proporcionar el tratamiento de salud o que puedan consultar a los miembros de personal (empleados).

UTILIZAREMOS SU INFORMACIÓN PARA EL PAGO

Su plan de la salud (aseguranza) puede pedir y recibir la información sobre fechas de servicio médico los servicios proporcionados y la dolencia tratada para el servicio proporcionado a usted.

COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

Debido a la naturaleza de nuestro campo utilizaremos nuestro mejor juicio al divulgar la información de salud a un miembro de familia otros parientes o cualquier persona cercana que este implicada en su cuidado o a quien usted ha autorizado para recibir esta información.

____ Si, Autorizo a Family Clinics of San Antonio para divulgar mi información. Nombres de personas en que confía para obtener su información médica y/o para tener acceso a sus informes médicos. Favor de utilizar el espacio de abajo.)

____ No, Autorizo que sea divulgada mi información médica.

Firma del Paciente

Fecha