

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo (el paciente/tutor/representante legal del paciente que actúa en nombre del paciente) autorizo el tratamiento médico, incluyendo los procedimientos radiológicos y de laboratorio, que serán realizados por médicos, profesionales de enfermería, asistentes médicos y el personal de Covenant Medical Group.

Historial de farmacia/medicamentos: Autorizo a Covenant Medical Group a obtener todo mi historial de medicamentos, en cualquier formato, para que me proporcionen atención médica.

Este consentimiento es válido a partir de esta fecha.

RECONOCIMIENTO DE HABER LEÍDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de Covenant Medical Group, que explica cómo se usará y se divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento si así lo solicito.

TESTAMENTO EN VIDA CON INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

¿Tiene una instrucción anticipada/testamento en vida? Sí No

Si respondió No, ¿le gustaría obtener más información sobre las Instrucciones Anticipadas? Sí No

LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR POR EL USO DEL TELÉFONO

Al proporcionarnos un número de teléfono para un dispositivo celular u otro dispositivo inalámbrico, usted acepta que para que nosotros o nuestros proveedores de servicios podamos dar servicio a su cuenta (o cuentas) (incluyendo contactarnos con usted para obtener ayuda financiera potencial para su cuenta (o cuentas)) o para cobrar cualquier cantidad que usted deba, nosotros, nuestros agentes, representantes u otros proveedores de servicios, podemos comunicarnos con usted a los números de teléfono mencionados anteriormente, lo cual podría generarle cargos. Usted acepta expresamente que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados y artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y facturación asociados con esta cuenta y no es una condición para comprar propiedades, bienes o servicios. Usted no está obligado a firmar este consentimiento como una condición de tratamiento.

REGISTRO DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). Una persona también tiene derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, o que las comunicaciones de su información de salud protegida (PHI) se hagan a través de medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina de esa persona, en lugar de su hogar.

DESEO QUE ME CONTACTEN DE LA SIGUIENTE FORMA (PONGA UNA TILDE ✓ EN CADA SECCIÓN):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa _____ | <input type="checkbox"/> Comunicación escrita |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> Envíela por correo a mi domicilio |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje sólo con el número para regresar la llamada | <input type="checkbox"/> Envíela por correo a la dirección de mi trabajo/oficina |
| <input type="checkbox"/> Por favor, no deje un mensaje | <input type="checkbox"/> Por favor, no la envíe por correo |
| <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo _____ | <input type="checkbox"/> Teléfono móvil _____ |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con información detallada | <input type="checkbox"/> Deje un mensaje con información detallada |
| <input type="checkbox"/> Deje un mensaje sólo con el número para regresar la llamada | <input type="checkbox"/> Deje un mensaje sólo con el número para regresar la llamada |
| <input type="checkbox"/> Por favor, no deje un mensaje | <input type="checkbox"/> Por favor, no deje un mensaje |

Las siguientes personas pueden tener acceso a mi información como paciente:

Nombre	Relación

Certifico que he leído lo anterior. Soy el paciente, el representante legal del paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente para firmar y aceptar los términos en su nombre.

_____ Paciente/Representante del paciente	_____ Relación con el paciente	_____ Fecha
_____ Firma del Testigo	_____ Motivo por el cual el paciente no puede firmar	_____ Fecha

ÚNICAMENTE PARA LOS PACIENTES CON DOMICILIO EN NEW MEXICO

CONSENTIMIENTO ADICIONAL CON RESPECTO A LOS SERVICIOS REALIZADOS EN TEXAS

Entiendo que los médicos y otro personal clínico empleado por Covenant Medical Group ("CMG") tienen licencia del estado de Texas, y que los servicios médicos que CMG y sus proveedores de atención médica afiliados me brinden, se proporcionarán en Texas. Como tal, estoy de acuerdo en que la relación entre mi persona y CMG (incluyendo sus médicos afiliados y otros proveedores de atención médica) para la atención proporcionada en Texas se regirá por las leyes de Texas, sin considerar los conflictos de principios legales. También acepto que cualquier demanda u otra disputa que surja o esté relacionada con la atención médica que reciba de CMG y/o sus médicos afiliados u otros proveedores de atención médica se presentarán únicamente en un tribunal que corresponda, ubicado en el Condado de Lubbock, Texas.

La información autorizada más arriba se aplicará a todos los proveedores de Covenant Medical Group y permanecerá vigente hasta que el paciente dé aviso o haga cambios adicionales.

Relación con el paciente: Yo Hijo/Hija Madre/Padre/Tutor Cónyuge Otro: _____

 Nombre en letra de molde -Fecha de nacimiento

 Firma

 Fecha

 Nombre del testigo (en letra de molde)

 Firma

 Fecha