

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo (el paciente / tutor / representante legal del paciente que actúa en nombre del paciente) doy permiso para recibir tratamiento médico, incluyendo los procedimientos radiológicos y de laboratorio, para hacerse por los médicos, enfermeras, auxiliares y personal del grupo médico de Covenant.

HISTORIA DE MEDICAMENTOS Y FARMACIA: Autorizo al grupo médico de Covenant para obtener todo mi historial de medicamentos, en cualquier formato, para proporcionar mi atención médica.

Este consentimiento es válido a partir de esta fecha

RECONOCIMIENTO DE REVISIÓN DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad del grupo médico de Covenant, el cual explica cómo mi información médica será usada y divulgada. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este documento si así lo solicitara.

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD ANTICIPADA DE TESTAMENTO

¿Tiene una declaración de voluntad anticipada de testamento? Si No

Si la respuesta es No, ¿le gustaría obtener más información sobre las declaraciones de voluntad anticipada? Si No

DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS DEL PACIENTE

En General, la HIPAA (Ley de transferencia y responsabilidad del seguro médico) la ley de privacidad les da a los individuos el derecho de solicitar una restricción sobre usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). Al individuo también se le proporciona el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de PHI se haga por medios alternativos, como el envío de correspondencia a la oficina de la persona en lugar de la casa del individuo.

DESEO SER CONTACTADO DE LA SIGUIENTE MANERA (FAVOR DE PONER ✓ EN CADA SECCIÓN):

- Teléfono de casa _____
 - Deje un mensaje con la información detallada
 - Deje un mensaje con el número de contacto solamente
 - No deje por favor un mensaje

- Comunicación escrita
 - Envíe correo a mi dirección de mi casa
 - Envíe correo a mi dirección de mi trabajo / oficina
 - Por favor, no envíe por correo

- Teléfono del trabajo _____
 - Deje un mensaje con información detallada
 - Deje un mensaje con el número de contacto solamente
 - Por favor no deje un mensaje

- Comunicación electrónico
 - Deje un mensaje por correo electrónico
 - Deje un mensaje por texto
 - Por favor no deje un mensaje

- Teléfono móvil _____
 - Deje un mensaje con información detallada
 - Deje un mensaje con el número de contacto solamente
 - Por favor no deje un mensaje

- Las siguientes personas pueden tener acceso a mi información médica:
 - Cónyuge/alguien importante: _____
 - Niño: _____
 - Niño: _____
 - Niño: _____
 - Otros: _____
 - Nadie debería tener acceso

- Número de fax: _____
 - Por favor, no enviar ninguna información por fax

LEY DE PROTECCION AL USUARIO TELEFONICO

Al proporcionarnos con un número de teléfono móvil u otro dispositivo inalámbrico, usted está de acuerdo que para que nosotros o nuestros proveedores de servicios para el mantenimiento de su cuenta (s) (incluyendo contactarlo para obtener ayuda potencial financiera de su cuenta (s)) o para cobrar cualquier cantidad que usted deba, nosotros, nuestros agentes, representantes, u otros proveedores de servicios pueden comunicarse con usted al número de teléfono indicado (s) lo que podría resultar en cargos a usted. Usted consiente expresamente que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pregrabados y de voz artificial y / o el uso de un dispositivo de marcación automática, según sea aplicable. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y la facturación asociados a esta cuenta y no es un requisito para la adquisición de propiedades, bienes o servicios. Usted no está obligado a firmar este consentimiento como condición de tratamiento

Iniciales para aceptar: Iniciales para rechazar:

 Paciente /Firma del representante del paciente Relación con el paciente Fecha/Hora

 Firma del testigo Razón por la cual el paciente es incapaz de firmar Fecha/Hora

CONSENTIMIENTO ADICIONAL ACERCA DE LOS SERVICIOS REALIZADOS EN TEXAS

Entiendo que los médicos y otro personal clínico empleados por el grupo médico de Covenant ("CMG") tienen licencia por el estado de Texas, y que los servicios médicos proporcionados a mí por CMG y sus centros médicos asociados serán dictados en Texas. Como tal, estoy de acuerdo que la relación entre mi persona y CMG (inclusive de sus afiliados médicos y otros profesionales de la salud) para la atención recibida en Texas se registrará por las leyes de Texas sin tener en cuenta los conflictos de principios jurídicos legales. También estoy de acuerdo que cualquier demanda u otra disputa que surja de o relacionada con la atención médica que recibo de CMG y / o sus afiliados médicos u otros profesionales de la salud será llevada solamente en un tribunal correspondiente que se encuentre en el Condado de Lubbock, Texas.

La información autorizada anteriormente se aplicará a todos los proveedores del grupo médico de Covenant y permanecerá en efecto hasta nuevo aviso adicional o las modificaciones son hechas por el paciente.

Relación con el paciente: Yo Niño/a Padre/Madre/Tutor legal Conyuge Otro_____

Nombre impreso	Fecha de Nacimiento	Firma	Fecha
----------------	---------------------	-------	-------

Nombre impreso del Testigo	Firma del testigo	Fecha
----------------------------	-------------------	-------