

1. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

Por este medio, requiero y consiento que Franciscan Physician Network (esta práctica) y sus empleados y agentes (Proveedor) me atiendan durante mi tratamiento, que lleven a cabo pruebas y procedimientos de rutina y que provean ciertos servicios de cuidados médicos según prescritos para mi salud y bienestar. Reconozco que el Proveedor no ha efectuado representaciones, garantías ni promesas en cuanto a los resultados de las curaciones, ni he esperado tales representaciones, garantías o promesas. Entiendo que algunos médicos con licencias limitadas para practicar medicina y que en la actualidad están en programas de residencia médica y/u otros estudiantes de carreras médicas podrían asistir con mi cuidado y tratamiento, dentro del ámbito y limitaciones del programa de educación, durante mi visita a la oficina. Los Médicos Residentes y otros estudiantes de cuidados de la salud serán supervisados por instructores o personal de la oficina.

2. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA

Por este medio consiento en presentar una identificación fotográfica para confirmar mi identidad como paciente que recibirá tratamiento del Proveedor.

Las fotografías podrán tomarse con una cámara propiedad de Franciscan Physician Network (Red de Médicos de Franciscan) para asesoría y tratamiento de condiciones médicas. Entiendo que las imágenes fotográficas serán conservadas en mi archivo médico confidencial.

Inserte su inicial aquí, si no está de acuerdo en que le tomen una fotografía para propósitos de tratamiento: _____

3. MyChart ACCESO ELECTRÓNICO A SU ARCHIVO MÉDICO/COMUNICACIONES CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si está disponible, por este medio pido acceso a MyChart (Mi Archivo) y entiendo que para obtener acceso a MyChart me proveerán una contraseña confidencial. Estoy de acuerdo en mantenerla confidencial y en no compartirla con nadie. Yo entiendo que mi uso de MyChart está sujeto a ciertos términos y condiciones. Estoy de acuerdo en revisar los términos y condiciones antes de acceder a MyChart; además estoy de acuerdo en que accediendo a MyChart me comprometo a regirme por los términos y condiciones de MyChart. Hay un formulario especial para acceder los archivos de niños entre 12 y 18 años.

MyChart NO ESTÁ disponible para este sitio de práctica (El personal de FPN le indicará): _____

MyChart ESTÁ disponible en este sitio de práctica (El personal de FPN le indicará): _____

Inserte su inicial aquí si no desea acceso electrónico a su archivo médico: _____

Inserte su inicial aquí si usted consintió previamente al acceso de MyChart y desea continuar usando MyChart: _____

Inserte su inicial si usted ha consentido antes al acceso de MyChart y desea continuar usando MyChart: _____

4. ACUERDO FINANCIERO

Por este medio estoy de acuerdo en pagar al Proveedor sus cargos por todos los servicios rendidos durante mi tratamiento. También seré responsable por cualquier honorario legal incurrido para colectar pago por estos servicios, a los que podría añadirse interés a la tasa legal en vigor. Por este medio asigno al Proveedor pago por cualquier beneficio de seguro, incluyendo mas no limitándose a cualquier beneficio de Medicare y Medigap, aplicable a este tratamiento y autorizo la trasmisión de información necesaria para determinar la cobertura y para permitir reembolso a nombre mío al Proveedor. Tales pagos, no obstante, no excederán el saldo debido al Proveedor. Certifico aquí que cualquier información dada por mí al solicitar cobertura bajo Title XVII y/o Title XIX de la Ley del Seguro Social, o cualquier otro seguro u otra información provista por mí es verdadera y correcta.

5. NÚMERO TELEFÓNICO Y CELULAR

Por este medio consiento en el uso de mi número telefónico y/o celular para comunicarse conmigo acerca de mis cuidados médicos y obligaciones financieras por los servicios médicos proveídos.

6. ANULACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo podré anular este consentimiento en cualquier tiempo, excepto al grado que cualquier práctica de Franciscan Physician Network ya haya tomado acción en fe del mismo.

7. LEY Y JURISDICCIÓN DE INDIANA

Entiendo que se me está proveyendo tratamiento médico en el Estado de Indiana y estoy de acuerdo que si yo tuviese alguna reclamación relacionada con mi cuidado y/ o tratamiento, tal reclamación será decidida de acuerdo con la ley de Indiana y dicha acción será sometida y decidida en una Corte del Estado de Indiana.

Para cualquier punto en este consentimiento en el que yo haya asentado mi inicial en el área designada indicando mi desacuerdo, yo entiendo que esto indica que no estoy de acuerdo con esa sección y que no doy mi consentimiento a las opciones descritas en esa sección.

Estoy de acuerdo que he leído este formulario cuidadosamente y que concuerdo en que todo en este acuerdo se aplica a los cuidados de salud presentes y futuros proveídos por Franciscan Physician Network.

Nombre Impreso del Paciente

Fecha

____/____/____
Fecha de Nacimiento del Paciente

Firma del Paciente

Date

Firma del Tutor Legal del Paciente o de la Parte Responsable (si es aplicable)

Fecha

Testigo

Fecha

Últimas 4 cifras del Número del Seguro Social del Paciente: _____

