

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## Consentimiento general/Acuerdo de servicios para pacientes ambulatorios

El presente formulario es válido para todos los establecimientos donde Anne Arundel Dermatology brinde servicios profesionales. Todos los pacientes nuevos deben completar este formulario y, luego, como mínimo, una vez por año o cada vez que haya cambios en el seguro del paciente.

**CONSENTIMIENTO RESPECTO DEL TRATAMIENTO:** I Doy mi consentimiento para recibir los servicios de atención médica o cosmética provistos por las entidades bajo el nombre Anne Arundel Dermatology (Anne Arundel Dermatology, AAD). Entiendo que tales servicios podrían incluir, entre otros, examen y tratamiento de trastornos cutáneos, criocirugías, biopsias por rasurado, biopsias por punción u otras pruebas mínimamente invasivas a una lesión. También incluyen, el envío de muestras a servicios de patología o laboratorios para su diagnóstico. Autorizo la examinación, uso, almacenamiento y desecho de todos los tejidos, fluidos o muestras que se extraigan de mi cuerpo. Reconozco que no se me ha dado garantía ni promesa contractual alguna en cuanto al resultado o la cura de mi enfermedad. Entiendo que podría ser sometido a una prueba de VIH y tengo el derecho de abstenerme a realizarla. Entiendo que se me pedirá mi consentimiento para las pruebas de VIH, entre otras, en caso de haberse producido una exposición involuntaria de un trabajador de la salud.

**ACUERDO FINANCIERO:** Acepto proporcionar una prueba válida y actual de la cobertura del seguro, así como una copia de mi licencia de conducir u otra identificación con foto emitida por el estado en cada visita al consultorio para confirmar mi identidad y cobertura. Informaré de inmediato sobre cualquier cambio en el seguro u otra información personal.

Estoy de acuerdo en que si soy un padre / representante legalmente autorizado / garante que da mi consentimiento para el cuidado y tratamiento de un menor de edad, soy responsable del pago y recibiré los estados de cuenta. Se presume que los padres son representantes legales de sus hijos menores a menos que los documentos legales que demuestren lo contrario se compartan con la oficina. Discuta cualquier inquietud sobre el seguro o la custodia con el gerente de la oficina.

Entiendo que si no me presento a una visita programada y no notifico a la oficina, pagaré una tarifa de NO SHOW de \$ 50.00. Si cancelo mi cita con anticipación, o el día que tengo programado, mi cita se reprogramará sin cargo. Si cancelo repetidamente, se puede cobrar una tarifa de cancelación.

Entiendo que conocer la cobertura de mi seguro es mi responsabilidad y me pondré en contacto con la aseguradora si tiene preguntas sobre la cobertura. Si mi proveedor me solicita información, acepto cumplir de inmediato con dichas solicitudes. AADerm está autorizado a facturar a mi plan de salud por la atención que recibo y sé que los pagos de mi plan de salud irán directamente a Anne Arundel Dermatology. Si debo recibir los pagos, entiendo que seré responsable de pagar AADerm. Entiendo que debo pagar cualquier copago u otra parte de la factura que mi plan de salud dice que debo pagar. Sé que es posible que deba pagar esto antes de recibir tratamiento. En una situación de dificultad financiera, acepto comunicarme con el departamento de facturación para hacer arreglos de pago. Entiendo que el pago final vence al recibir mi estado de cuenta. Sé que puedo pagar los cargos pendientes en efectivo o cheque, tarjeta de crédito o Care Credit y que hay una tarifa de servicio de \$ 25.00 por cheques devueltos. Entiendo que las cuentas vencidas pueden remitirse a una agencia de cobranza. Es posible que se incurra en cargos adicionales cuando las cuentas se envían a cobranza y es posible que se me informe a las agencias de informes crediticios. Las visitas al consultorio corren el riesgo de ser canceladas cuando la falta de pago es un problema persistente.

AADerm no renunciará habitualmente a copagos o deducibles.

Entiendo que AADerm me considerará financieramente responsable en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Quando decida recibir un servicio que mi plan de salud cubre, pero para el cual no obtuve la debida orden de derivación o autorización de mi plan de salud.
- Quando decida no usar mi plan de salud y acepte pagar por los servicios prestados yo mismo. (Utilice el Formulario No facturarle al Seguro).
- Quando mi plan de salud no participe junto con AAD en la prestación de los servicios que yo deseo o necesito, y yo esté de acuerdo en pagar por tal atención yo mismo.
- Quando reciba servicios que no estén cubiertos por mi plan de salud, incluidos los servicios cosméticos.

Si mi plan de salud está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos Jubilatorios para Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) vigente en los EE. UU., acepto que AAD actúe en mi nombre para obtener mis beneficios siempre que AAD lo solicite. También estoy de acuerdo con que AAD pueda apelar por mí en caso de que el plan de salud se rehúse a pagar mi atención. Asimismo, entiendo que yo debo cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por mi plan de beneficios para empleados.

**CARGOS DE PATOLOGÍA / LABORATORIO:** Los cargos de patología y laboratorio se facturan por separado. Si su proveedor eligió enviar su tejido al laboratorio de patología de AADerm oa un laboratorio de patología diferente, recibirá una factura separada del proveedor de patología por los cargos resultantes de esos servicios. Hay dos componentes en los servicios de dermatopatología: el componente técnico, o CT, que abarca la preparación de portaobjetos y el componente profesional, o PC, que abarca la revisión de los portaobjetos preparados bajo un microscopio y la interpretación profesional de los resultados. Su factura detallada describirá los componentes del servicio y el proveedor específico de cada servicio.

**CONSENTIMIENTO RESPECTO DE FOTOGRAFÍAS:**Entiendo que es posible que se realicen/registren fotografías, grabaciones de video, imágenes digitales o de cualquier otra índole para fines de identificación, tratamiento y pago. Autorizaré específicamente por escrito cualquier otro uso o difusión de mi imagen o grabación.

**EMISIÓN DE RECETAS ELECTRÓNICAS:** Autorizo a SureScripts, como red emisora de recetas médicas electrónicas, a difundir mi historial de resurtido de medicamentos a AAD a los efectos de la continuidad de mi tratamiento.

**MIS PERTENENCIAS PERSONALES:** Entiendo que soy responsable de mis pertenencias y objetos de valor personales.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a los consultorios AAD a difundir mi información clínica por razones pertinentes al tratamiento, pago o intervenciones clínicas. La información relacionada con la atención médica brindada en encuentros anteriores en cualquier otro consultorio de AAD podría ponerse a disposición de posteriores consultorios afiliados a AAD a los efectos de poder coordinar la atención médica. La información clínica se podrá difundir a cualquier persona física o jurídica responsable del pago efectuado a nombre del paciente, con el fin de poder verificar cuestiones relacionadas con la cobertura o los pagos, o por cualquier otro motivo que guarde relación con el pago de un beneficio. La información relacionada con la atención médica también podrá compartirse con el apoderado de mi empleador siempre que los servicios prestados se relacionen con un reclamo fundado en la ley de accidentes de trabajo. Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la difusión de mi información clínica a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios o aseguradores para proceder con el pago de un reclamo de Medicare; o bien, a la respectiva agencia estatal competente para poder efectivizar el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, el historia clínica y examen físico, informes de laboratorio, informes operatorios, notas de progreso del médico, notas del enfermero y consultas.

Tanto las leyes federales como estatales podrían permitirle a este consultorio médico participar en organizaciones conformadas junto con otros proveedores de atención clínica, aseguradoras u otros participantes de la industria de la salud, además de sus respectivos subcontratistas, con el objetivo de que estas personas o entidades puedan compartir mi información de salud entre ellas a los efectos de poder cumplir metas profesionales como las siguientes, entre otras: mejorar la precisión e incrementar la disponibilidad de mis historias clínicas; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información para poder mejorar la calidad del servicio; y cualquier otro fin avalado por ley. Entiendo que esta institución podría ser miembro de al menos una de esa clase de organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información respecto a trastornos psicológicos o psiquiátricos, afecciones relacionadas con discapacidades intelectuales, información genética, trastornos de dependencia farmacológica o enfermedades infecciosas, entre las cuales se pueden incluir las enfermedades de transmisión sanguínea, como el VIH y el SIDA.

**DIVULGACIONES A FAMILIARES Y AMIGOS:** Doy mi permiso para que mi Información de salud protegida se divulgue con el fin de poder comunicar resultados, hallazgos y decisiones relacionadas con la atención médica a mis familiares y otras personas que figuran a continuación:

|    | Name | Relationship | Contact Number |
|----|------|--------------|----------------|
| 1: |      |              |                |
| 2: |      |              |                |
| 3: |      |              |                |

El paciente o su representante puede revocar o modificar esta autorización específica, siempre y cuando se efectúe por escrito.

**CONSENTIMIENTO RESPECTO DE LA COMUNICACIÓN Y LA LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR TELEFÓNICO:**

Acepto que siempre que proporcione mis números de teléfono fijo o celular que figuran a continuación, estoy dando mi consentimiento explícito para que AAD y sus asociados, cesionarios, sucesores y agentes, puedan comunicarse conmigo a esos números, o a cualquier otro número telefónico que yo adquiriera luego y para que dejen mensajes de voz en vivo o pregrabados, o bien, para que me envíen mensajes de texto respecto de la programación de citas, citas ya programadas, mis servicios o facturas. Para lograr una mayor eficiencia, tanto los llamados como los mensajes de texto podrán ser enviados por un discador automático. Me consta que, al dar mi consentimiento, podría recibir futuros llamados o mensajes de texto que transmitan mensajes pregrabados de manera directa o indirecta por AAD, o en su nombre. Su compañía telefónica podría aplicarle cargos por ello. Proporcionar un número de teléfono o celular no es una condición obligatoria para recibir los servicios.

Usted podría recibir mensajes de correo de voz, texto o correo electrónico para recordarle una cita, obtener su opinión sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, proporcionarle boletines informativos y promociones de marketing, y brindarle información de salud general. Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones sobre salud en el número de teléfono o dirección de correo electrónico provisto. Este pedido de envío de mensajes de correo electrónico o de texto se aplica a las comunicaciones futuras salvo que solicite por escrito un cambio al respecto.

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ . Cell Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico autorizada: \_\_\_\_\_.

**O**

(Iniciales) \_\_\_\_\_ No deseo recibir comunicaciones a través de mensajes de texto.

(Iniciales) \_\_\_\_\_ Opto por no recibir comunicaciones vía mensajes de correo electrónico.

**Revocación**

**Por el presente revoco mi pedido de futuras comunicaciones a través de mensajes de correo electrónico o texto.**

\_\_Por el presente, revoco mi pedido de recibir recordatorios de citas futuras, comentarios, promociones de marketing e información de salud general a través de mensajes de texto.

\_\_Por el presente, revoco mi pedido de recibir recordatorios de citas futuras, comentarios, promociones de marketing e información de salud general a través de correos electrónicos.

NOTA: La revocación solo se aplica a las comunicaciones procedentes de este consultorio.

Nombre del paciente:

Firma del paciente/representante del paciente:

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he recibido/revisado el Aviso sobre prácticas de privacidad de AAD. Entiendo que podría comunicarme con el encargado de privacidad en caso de tener alguna duda o queja. En la medida en que la ley lo permita, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso sobre prácticas de privacidad del consultorio.

**Acepto los puntos tal como se describen en el Acuerdo.**

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente (paciente mismo/progenitor/representante personal): \_\_\_\_\_