

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIONES ANUALES

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para tratamiento:

- Por este medio se autoriza cualquier procedimiento médico o quirúrgico, radiografía, prueba de drogas o de análisis clínicos, medicamento o examen que el médico, el auxiliar médico (*physician assistant*), la enfermera practicante (*nurse practitioner*) o la enfermera partera pudiera considerar necesario.
- Entiendo que tengo el derecho a ver a un médico si así lo decido, y que tengo el derecho a ver a un médico antes de que un profesional clínico con formación superior implemente la orden para un dispositivo o medicamento de dispensación con receta.
- En el caso de un menor de edad no emancipado, el consentimiento a continuación se da en su nombre.

Consentimiento para divulgar información médica a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:

Díganos con quién podemos dialogar sobre su información médica protegida:

(Nombre y relación o parentesco - por ejemplo: Juana Pérez, esposa; Ana Pérez, hija)

1) _____ 2) _____ 3) _____

- *Si usted no autoriza que se divulgue información a nadie, haga favor de marcar esta declaración.*

No autorizo la divulgación de ninguna información a nadie que no sea yo.

Por este medio, autorizo que se dejen mensajes en un sistema de buzón de voz o contestadora. Por favor, indique el (los) número(s) al(os) que el personal de NGPG puede llamar para dejarle un mensaje:

1) _____ 2) _____ 3) _____

- *Para la divulgación de información de expedientes médicos, consulte el formulario C-45.*

Responsabilidad financiera:

Entiendo que cada paciente es responsable de que se haga el pago de los servicios médicos recibidos en esta oficina. Por este medio autorizo que cualquier beneficio del seguro se pague directamente al Northeast Georgia Physicians Group, y reconozco mi responsabilidad de pagar todos los servicios no cubiertos. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información necesaria para procesar una reclamación del seguro. Los cargos para todos los menores de edad son la responsabilidad de los padres, los tutores o la persona que presente al niño para tratamiento.

Por este medio autorizo al Northeast Georgia Physicians Group, o a cualquiera de sus filiales, agentes, contratistas o socios comerciales, para que me contacten (por medio de cualquier número telefónico, dirección de correo electrónico u otro punto de contacto que yo o alguien más haya proporcionado en mi nombre) por medio de un sistema de llamadas automáticas, por formas pregrabadas de sistemas de voz o de mensajes, por correo electrónico que sea propiedad de, o usado por, el garante o parte responsable, por mensajes de texto, por teléfono o por teléfono celular, por motivos relacionados con los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group o por el pago de los servicios que recibí en el Northeast Georgia Physicians Group incluidos, entre otros, los motivos del cobro de deudas.

Acuse de recibo del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria:

Al escribir mis iniciales, reconozco que recibí una copia del Aviso sobre la Ley Antidiscriminatoria.

Reconocimiento de los derechos de privacidad:

Al firmar a continuación, reconozco que estoy enterado del Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad y los derechos individuales. Puede que usemos o divulguemos su información médica con el personal que participe en su atención en el Health System. También es probable que divulguemos su información médica a personas fuera del Health System, como las que participan en los sistemas de intercambio de información médica. El Aviso de NGHS sobre las prácticas de protección de la privacidad contiene más información sobre las políticas y las prácticas que protegen la privacidad del paciente.

Reconozco que he leído la información anterior, que estoy dando mi consentimiento a lo indicado arriba y, además, reconozco que se me ha informado de mis derechos a la privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Dirección de correo electrónico: _____