

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|------------------------|--|---------------------------------|---|----------------------------|--|
| Apellido | | Nombre | | Inicial del segundo nombre | |
| Nombre preferido | | Sexo | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | Fecha de nacimiento | |
| Dirección | | | | | |
| Ciudad | | Estado | | Código postal | |
| Teléfono principal | | Dirección de correo electrónico | | | |
| Contacto de emergencia | | Teléfono de emergencia | | | |

Es posible que Beaumont Urgent Care by WellStreet (BUCBW) quiera comunicarse con usted por teléfono o correo electrónico para brindarle información como resultados de análisis de laboratorio o radiografías, seguimiento posterior a la visita o instrucciones de su médico. Podemos dejar información médica detallada en su buzón de voz con su consentimiento.

Marque aquí si NO brinda su consentimiento para dejar un mensaje en el buzón de voz en el teléfono principal o correo electrónico con respecto a su atención

NO deseo dar mi consentimiento para que dejen mensajes en el buzón de voz o correo electrónico con respecto a mi atención

| | | | | | |
|---|----------------------------------|------------------|--|--|--|
| Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) | <input type="checkbox"/> NINGUNO | Teléfono del PCP | | | |
| Práctica/Asociación de Hospitales del PCP | | | | | |

PARTE RESPONSABLE (Si es uno mismo, salte a la siguiente sección)

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------|--|-----------------|--|
| Apellido | | Nombre | | | |
| Fecha de nacimiento | | Dirección de correo electrónico | | | |
| Compañía de seguros | | Identificación del miembro | | Número de grupo | |
| Dirección de reclamos médicos (se encuentra en el reverso de la tarjeta) | | | | | |
| Compañía de seguros secundaria (si corresponde) | | Identificación del miembro | | Número de grupo | |
| Dirección de reclamos médicos del seguro secundario | | | | | |

INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Si es uno mismo, marque uno mismo y salte a la siguiente sección)

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Relación con el suscriptor | <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): | | | | |
| Apellido | | Nombre | | | |
| Fecha de nacimiento del suscriptor | | Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) del suscriptor | | | |

ENUMERE A LOS REPRESENTANTES O ENTIDAD DE SU ELECCIÓN. PODEMOS REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA, INCLUIDOS LOS REGISTROS MÉDICOS

| | | | | | |
|----------|--|----------|--|--|--|
| Apellido | | Nombre | | | |
| Teléfono | | Relación | | | |

Condiciones de servicio y consentimiento para tratar
NO FIRME ESTE FORMULARIO SIN LEER TODO EL CONTENIDO

Al enviar este Formulario de consentimiento (las "Condiciones de servicio y consentimiento para tratar") y aceptar los Términos y condiciones aquí establecidos, usted ("usted", "su", "representante abajo firmante que actúa en nombre del paciente") proporciona su consentimiento para lo siguiente:

Consentimiento para el tratamiento o servicios médicos rutinarios

El paciente proporciona su consentimiento para la prestación de **Tratamiento o servicios médicos** según lo considere necesario y apropiado el médico tratante u otro profesional, un miembro del personal médico de BUCBW que haya solicitado la atención y tratamiento del Paciente, y otros con privilegios de personal en BUCBW. El tratamiento o los servicios médicos pueden ser realizados por "profesionales de la salud" (médicos, enfermeros, tecnólogos, técnicos, asistentes médicos u otros profesionales de la salud). El paciente autoriza al médico especialista u otro médico, al personal médico de BUCBW y a BUCBW a proporcionar Tratamiento o servicios médicos solicitados por el médico especialista u otro profesional, y a aquellos que actúen en su lugar. **El consentimiento para recibir "Tratamiento o servicios médicos" incluye, pero no se limita a: atención de emergencia; exámenes (radiografías o de otro tipo); procedimientos de laboratorio; medicamentos; infusiones; fármacos; suministros; anestesia; procedimientos quirúrgicos y tratamientos médicos; grabación/filmación para fines internos (es decir, identificación, diagnóstico, tratamiento, mejora del rendimiento, educación, seguridad) y otros servicios que el paciente pueda recibir.** En el caso de que BUCBW determine que el paciente debe proporcionar muestras de sangre para fines de análisis en interés de la seguridad de aquellos con los que el paciente puede entrar en contacto, el paciente proporciona su consentimiento para retirar y analizar la sangre del paciente y para que se publique la información del análisis cuando se considere apropiado para la seguridad de los demás.

Autorización para divulgar información

BUCBW está autorizado a utilizar y divulgar la información contenida en el registro del paciente tal como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de BUCBW y según lo permita o requiera la ley de otro modo. La información autorizada para ser utilizada o divulgada incluirá, pero no se limita a, información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, que incluyen evaluaciones, diagnóstico o tratamiento relacionados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), información sobre el abuso de drogas o alcohol, o el tratamiento de dicho abuso, y/o información psiquiátrica o psicológica. El paciente renuncia a cualquier privilegio relacionado con dicha información confidencial y por la presente exime a BUCBW, sus agentes y empleados de todas las responsabilidades, daños, reclamaciones y gastos derivados del uso y divulgación de la información según lo autorizado anteriormente. Los usos permitidos y divulgaciones incluyen, pero no se limitan a, revelaciones a compañías de seguros, sus agentes u otros terceros pagadores y/o agencias gubernamentales o de servicios sociales que puedan pagar o que pagarán por cualquier parte de los gastos médicos incurridos o autorizados por representantes de BUCBW. **EL PACIENTE RECONOCE Y ACEPTA QUE LOS REGISTROS DEL PACIENTE ESTARÁN DISPONIBLES PARA TODAS LAS ENTIDADES Y PROVEEDORES AFILIADOS DE BUCBW, Y PARA LOS PROVEEDORES REMITENTES NO AFILIADOS A BUCBW, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES DE USO SIGNIFICATIVO.** Al dar su consentimiento para el tratamiento y aceptar la responsabilidad financiera de cualquier tratamiento de este tipo, el paciente también entiende y reconoce que BUCBW puede enviar encuestas de satisfacción del paciente, correos electrónicos, llamar y/o enviar mensajes de texto al número de teléfono que el paciente ha proporcionado con información relacionada con el tratamiento y saldos de responsabilidad financiera del paciente.

Responsabilidad financiera del paciente

El paciente reconoce que es financieramente responsable de cualquier gasto de bolsillo para servicios médicos y tratamiento, incluidos copagos, coseguros, deducibles y servicios no pagados por el plan de salud del paciente. El copago se debe pagar en el momento del servicio. El paciente acepta obtener cualquier referencia necesaria antes de la visita. Los cargos por todos los menores son responsabilidad del padre, tutor o persona que lleva al niño para que reciba tratamiento. El paciente acepta pagar todos los servicios médicos y tratamientos proporcionados en el momento del servicio si el tipo de pago es pago por cuenta propia. El paciente reconoce que los servicios médicos/tratamiento serán pagados por cuenta propia si no se proporciona información activa del seguro dentro de las 24 horas siguientes a los servicios médicos y el tratamiento.

Reconocimiento de los derechos del paciente y prácticas de privacidad

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido los **Derechos del paciente y aviso de prácticas de privacidad y derechos individuales de Beaumont Urgent Care by WellStreet**. Reconozco que he leído lo anterior, doy mi consentimiento para lo anterior y he sido informado de mis derechos a la privacidad.

Nombre del paciente, en letra de imprenta: _____

Firma del paciente o padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____