

# Su consentimiento para tratar y convenio de asistencia sanitaria

## 1. Consentimiento para tratar

Por la presente autorizo a la evaluación, los procedimientos de diagnóstico, pruebas y tratamiento según las indicaciones de mi médico o su designado / a. Yo entiendo que los especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC incluye instalaciones de enseñanza y por lo tanto podrán asistir a los estudiantes y residentes de diversas disciplinas y afiliado a diversos programas educativos. Entiendo que puedo solicitar y recibir información sobre la afiliación específica (s) de cualquier proveedor de atención médica particular, me encuentro en mi cuidado.

Yo entiendo que este consentimiento para el tratamiento será válida por cada visita que hago a los especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC hasta que sea revocada por mí por escrito.

## 2. Permitir la divulgación de información

Reconozco que los especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC pueden liberar mi información de salud protegida, según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud y reconocer que los especialistas Premier Orthopaedic Trauma, Aviso de Prácticas de Privacidad de PMC ofrece información sobre cómo mi información de salud protegida se refiere a mi diagnóstico y / o el tratamiento, e incluye, pero no se limita a, información relacionada con mi historia clínica, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, enfermedad mental (excluyendo las notas de psicoterapia), uso de alcohol o drogas, prescripciones y resultados de las pruebas de laboratorio, incluyendo el VIH o el diagnóstico de SIDA.

Entiendo que el uso o divulgar mi información de salud protegida puede ser necesaria antes de mi compañía de seguros pagará por el costo de mi tratamiento médico y que si se niegan a dar su consentimiento a esta revelación se me puede requerir que pagar el costo de la atención médica proporcionada por Especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC.

Me reconoce y consiente que permitirá a los especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC para utilizar sistemas de intercambio de información de salud para transmitir electrónicamente, recibir y / o acceder a mi información médica, que puede incluir, pero no se limita a, los tratamientos, prescripciones, laboratorios, médicos y prescripción historia y otra información de salud protegida. Puede que "no participar" y ahora tienen mi información de salud protegida a conocer a través de sistemas de intercambio de información de salud, proporcionando los especialistas firmados Premier Orthopaedic Trauma, de forma PMC "opt-out" a la ubicación de la práctica donde recibo tratamiento.

## 3. Asignación de Beneficios del Seguro / Responsabilidad Financiera del Paciente

Asigno y traslado al Especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC todos los derechos, títulos e intereses en los pagos de los terceros pagadores, incluyendo pero sin limitarse a, los planes de salud, compañías de seguros de salud, protección contra lesiones personales (PIP) / motorista sin seguro / Bajo asegurado automovilista ( UIM / UM), auto o seguro de vivienda. Yo entiendo que es mi responsabilidad saber mis beneficios del seguro y si los servicios que reciben son un beneficio cubierto. Entiendo y acepto que será responsable de cualquier co-pago o deducible de equilibrio debido que los especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC son incapaces de recoger de mi pagador tercero por cualquier razón. Si mi cuenta llega a ser delinciente y es necesario que la cuenta que se refiere a los abogados o agencias de cobro, o demanda presentada, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de los pacientes,

## 4. Seguro médico del estado

Si soy elegible para los beneficios de cuidado de la salud bajo cualquier programa federal o estatal, incluyendo, pero no limitado a Medicare o Medicaid, certifico que la información dada por mí en solicitar el pago bajo cualquiera de esos programas es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo necesaria para cualquier reclamación federales o estatales relacionados con el programa. Solicito que se hagan pagos o beneficios autorizados a especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier co-pago o deducible debido equilibrio en estos programas.

## 5. Los registros médicos de autorización de lanzamiento

Por la presente autorizo la entrega de mi expediente médico, películas, diapositivas, etc., en su totalidad o en parte fuera de lo solicitado por especialistas Premier Orthopaedic Trauma, PMC., De cualquier y todas las instalaciones médicas que pueden tener ellos.