

Consentimiento para el tratamiento en Clackamas Health Centers

Nombre del paciente _____

Consentimiento para tratamiento

Doy permiso a los proveedores de atención médica, miembros del equipo de atención y asociados de Clackamas Health Centers para que determinen mi diagnóstico y me proporcionen un tratamiento. Doy mi consentimiento para todos y cada uno de los tratamientos, incluidos, entre otros, exámenes físicos, exámenes psicológicos, procedimientos de laboratorio y otros procedimientos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de rutina, según lo consideren apropiado los proveedores de atención médica, los miembros del equipo de atención y los asociados del consultorio.

Comprendo que tengo derecho a recibir información sobre los riesgos y beneficios esperados del tratamiento.

Comprendo que puedo iniciar y suspender el tratamiento cuando lo desee.

Autorización de pago

Comprendo que los servicios se proporcionarán, independientemente de si tengo o no seguro médico.

Entiendo del descuento cuota deslizante de los centros de salud de Clackamas. Entiendo que si se aprueba para una tarifa de descuento, yo todavía puedo esperar pagar una cantidad nominal para cada visita. Reconozco que no todos los servicios que me pueden ser son elegibles para recibir un descuento. Reconozco que no todos los servicios que recibo pueden ser elegibles para un descuento y yo podría ser responsable de los honorarios.

Por el presente autorizo y solicito el pago de los servicios por parte de Medicare, Medicaid u otros planes de seguro o los pagadores en mi nombre a Clackamas Health Centers. Por el presente cedo a Clackamas Health Centers todos los pagos por los servicios de tratamiento.

Autorizo a Clackamas Health Centers a proporcionar a mis compañías de seguro toda la información necesaria para procesar reclamos de seguros. Autorizo a que cualquier pago de mis compañías de seguro se realice directamente a Clackamas Health Centers.

Autorizo a Clackamas Health Centers a divulgar a las compañías de seguro la información sobre el tratamiento necesaria para procesar mis reclamos.

Aviso de prácticas de privacidad y otros materiales impresos

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Clackamas Health Centers e información sobre mis derechos y responsabilidades, el proceso de reclamo, confidencialidad, riesgos y beneficios del tratamiento, y opciones de servicios ofrecidos por Clackamas Health Centers.

Firma del paciente/representante del paciente

Nombre en letra de molde del paciente/representante del paciente

Fecha

Relación del representante con el paciente

En virtud de la ley de Oregón

Un menor de cualquier edad puede dar su consentimiento sin informar a su padre o tutor para recibir servicios de anticoncepción o tratamiento de una infección de transmisión sexual.

Un menor que tenga más de 14 años puede dar su consentimiento para recibir tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias sin informar a sus padres o tutor.

Un menor que tenga más de 15 años puede dar su consentimiento para recibir tratamiento médico sin informar a sus padres o tutor.

ORS 109.610, 109.640, 109.675

Etiqueta del paciente (solo para uso interno)