

Consentimiento general

Consentimiento para participar: Autorizo a los proveedores, contratistas y empleados de CrescentCare a proporcionar tratamiento médico, que incluye, entre otros, pruebas, procedimientos de diagnóstico y análisis de laboratorio. Comprendo que la atención médica no es una ciencia exacta y reconozco que no se han dado garantías en cuanto a mi atención o a los resultados. Se puede proporcionar el servicio de telemedicina, y puedo rechazar esta opción.

Consentimiento para revelar y divulgar información médica: Comprendo que mi compañía de seguros o sus agentes pueden necesitar información para tomar decisiones sobre el pago. Por la presente, otorgo mi autorización para divulgar a las compañías de seguros, o a otras personas que actúen en su nombre, cualquier información que consideren necesaria para el pago o la revisión de la calidad y que esté relacionada con el pago de cualquier gasto incurrido por el paciente.

Autorizo la divulgación de mi información de salud al personal que participa en mi atención médica, actualmente y en el futuro, y a otras instituciones con el propósito de la continuidad de mi atención y tratamiento, que incluye remisiones y tratamiento por abuso de sustancias. Autorizo a CrescentCare y a sus empleados a actuar como mis representantes autorizados al brindar asistencia para la solicitud de beneficios.

Autorizo a CrescentCare a utilizar Intercambios de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) para compartir mis registros de salud con los consultorios médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores participantes a través de medios electrónicos seguros para que los proveedores puedan acceder a información reciente sobre mi salud para brindarme un mejor tratamiento durante una visita de rutina o una emergencia. Puedo optar por no participar en los HIE en cualquier momento, aunque la información que ya se ha compartido no puede revocarse. Comprendo que mi consentimiento para participar no es necesario para recibir tratamiento en CrescentCare.

Consentimiento para las obligaciones financieras: Autorizo a CrescentCare a facturarle a mi compañía de seguros los cargos relacionados con mi diagnóstico, atención y tratamiento. Comprendo que soy responsable de los cargos que no están cubiertos por mi seguro médico u otras fuentes, como deducibles, copagos, coseguros, servicios denegados u otros cargos. Los reembolsos a los pacientes se entregarán solo después de que se hayan pagado todos los saldos. Si se solicita, CrescentCare puede proporcionar un estimado de mis costos.

Cesión de los beneficios del seguro y escala variable de cargos: Autorizo e instruyo a mi compañía de seguros, planes de salud, compañías de seguros o cualquier entidad responsable del pago de mis gastos médicos a pagar todos los beneficios médicos o de otro tipo directamente a CrescentCare. Por los servicios prestados, cedo a CrescentCare todos y cada uno de mis derechos, intereses y beneficios pagaderos en virtud de cualquiera de mis planes o pólizas, que incluyen, entre otros, el derecho a apelar la denegación de una reclamación y el derecho a presentar cualquier acción, demanda, procedimiento administrativo u otra causa de acción en mi nombre. Cedo específicamente mi derecho a litigar en contra de todas y cada una de las compañías de seguros, planes de salud, planes de beneficios definidos, aseguradoras de salud o cualquier entidad que sea o pueda ser responsable del pago de mis gastos médicos sobre la base de la negativa a pagar los cargos. CrescentCare ofrece una escala variable de cargos para las personas elegibles. En caso de que se me remita a un proveedor externo o laboratorio, debo hacer los arreglos de pago con ellos por separado.

Consentimiento general

Certifico que la información que he proporcionado al presentar la solicitud para el pago en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier persona que posea información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social, o a sus intermediarios o agentes, cualquier información necesaria para una reclamación relacionada con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

Comunicación: Acepto recibir comunicaciones de CrescentCare, incluidos correos postales, correos electrónicos, llamadas telefónicas o mensajes de texto relacionados con facturación, atención médica y tratamiento, recordatorios de citas, encuestas y saldos de las cuentas. Puedo optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento.

Recepción de documentación: Confirmando recepción del Manual del paciente, del Aviso de prácticas de privacidad y del Acuerdo de medicamentos controlados. Estos documentos están disponibles en crescentcare.org.

Con mi firma reconozco que estoy autorizado a firmar este documento, que comprendo la información, que se me dio la oportunidad de hacer preguntas y que todas las preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria.

La fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma del paciente (o de la persona autorizada) _____