

Condiciones para Tratamiento

1. Consentimiento médico: Por la presente doy mi consentimiento para la prestación de servicios de atención médica, incluyendo pruebas y tratamientos, tales como exámenes, vacunas, administración de medicamentos, consulta de salud conductual, pruebas de laboratorio (incluyendo VIH) y otros servicios en Community Health Partners, Inc. (CHP) según las indicaciones de un proveedor médico. Tengo derecho a discutir todos los tratamientos con mi proveedor y a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
2. Privacidad de la Información: Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de CHP. Me referiré al Aviso de Prácticas de Privacidad de CHP con respecto a la divulgación de mi información médica.
3. Divulgación del seguro: Entiendo que es mi responsabilidad notificar a mi compañía de seguros directamente dentro de los límites de tiempo de mi póliza si recibo tratamiento en CHP o para la autorización previa de procedimientos y/o pruebas especiales. CHP puede presentar un cargo separado por servicios de consulta de salud conductual proporcionados como parte de su visita médica.
4. Acuerdo financiero: Por la presente asumo plena responsabilidad por los cargos en que incurra por los servicios prestados por CHP y me comprometo a pagar dichos cargos en su totalidad. He dado la información de mi seguro, si la hay, a CHP. Por la presente autorizo a CHP a facturar a mi compañía de seguros en mi nombre. También autorizo a mi compañía de seguros a hacer pagos de cualquier beneficio al que pueda tener derecho directamente a CHP por los servicios prestados. Entiendo que seré responsable de cualquier saldo no pagado por este seguro. Si yo, o mi garante, elegimos no facturar a mi seguro, notificaré a CHP de esto en el momento de mi visita y mi visita se considerará auto pago. Si no puedo pagar en su totalidad, me pondré en contacto con el **Departamento de Facturación de CHP al (406) 832-6304** para discutir un plan de pago para hacer pagos mensuales en mi cuenta. Se entiende además que, si no pago mi cuenta en su totalidad o no hago pagos mensuales regulares en mi cuenta, mi cuenta puede ser referida a una agencia de cobros. _____ (Iniciales del garante)
5. Objetos personales de valor: Entiendo que CHP no será responsable por artículos personales dejados en nuestras instalaciones.
6. Propósitos de enseñanza: CHP es un centro de formación clínica. Entiendo que la atención me puede ser proporcionada por estudiantes que son supervisados por el personal médico de CHP.
7. Colaboración conductual: El mayor éxito en la prestación y recepción de atención médica se produce cuando existe una asociación basada en el respeto mutuo entre el paciente y el proveedor de atención médica. Como paciente y proveedor de atención médica, respetamos los derechos del otro y aceptamos nuestras responsabilidades individuales. Entiendo que tengo las siguientes responsabilidades: Trataré al personal y a los demás pacientes de la clínica con cortesía y respeto, asistiré a las citas programadas y llamaré a la clínica para cancelar una cita si no puedo asistir, y no usaré lenguaje inapropiado ni gritaré a nadie en la clínica ni por teléfono. En todos los centros de Community Health Partners no se puede fumar. Gracias por no fumar.
8. Este documento no caduca a menos que sea revocado por el paciente. Los pacientes tienen derecho a revocar su consentimiento al tratamiento o a la divulgación de información manifestando esta expectativa al personal por escrito.

Certifico que he leído la información anterior y como paciente, o como persona debidamente autorizada para actuar en representación del paciente, que la información me ha sido explicada en su totalidad, que comprendo su contenido, que no puede ser modificada y que puedo retirar mi consentimiento para recibir servicios en cualquier momento.

Firma del Paciente (Fiador): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

Razón por la cual el paciente no puede firmar: _____

Testigo: _____ Hora: _____ Fecha: _____

SCAN: Registration/Documents Table CHP Consent to Treatment
--