

**Alabama Regional Medical Services**

**CONSENTIMIENTO**

Por la presente autorizo a los médicos, enfermeras y otro personal médico de Alabama Regional Medical Services (ARMS) para proporcionar dicha evaluación y el tratamiento médico, incluyendo medicamentos, radiografías y otros estudios, según lo consideren apropiado.

Yo autorizo el uso de cámaras de video vigilancia con el fin de garantizar la seguridad y la seguridad de los pacientes y el personal. Entiendo que las imágenes pueden ser grabadas para su revisión. Doy a ARMS el derecho absoluto e irrevocable y el permiso para utilizar dispositivos de cinta de video para vigilar las instalaciones.

Entiendo que ARMS utilice registros médicos, electrónicos y la tecnología Smart Care para la captura de mi información de salud y por la presente autorizo este uso.

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION**

**ASSIGNMENT OF BENEFITS**

Autorizo a ARMS de proporcionar cualquier información médica que solicite por las compañías de seguros o agencias públicas, es decir, Medicare o Medicaid, con el que tengo cobertura, si lo está ayudando en el pago de mi cuidado.

Por la presente asigno a ARMS o agentes debidamente autorizados y/o cesionarios, todos los beneficios de los derechos e intereses de todos los ingresos pagados por terceras compañías. Yo autorizo el pago directamente a ARMS de las prestaciones pagadas por mí por los servicios prestados y, además autorizo a ARMS tomar todas las medidas necesarias para garantizar que dichos beneficios son pagados directamente a ARMS. Estoy de acuerdo en proporcionar y firmar otros documentos que puedan ser necesarios para llevar a cabo cualquiera de los fines mencionados. Entiendo que cualquier cantidad pagada a ARMS que exceda de los gastos habituales será reembolsado en su caso.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Reconozco que soy legalmente responsable con ARMS, y me comprometo a pagarle a ARMS, por todos los cargos que sean o no cubiertos por mi seguro o cualquier otra cantidad o programa. Si el responsable es alguien que no sea yo, por la presente le doy el consentimiento a Alabama Regional Medical Services de revelar a la persona responsable mi información de salud personal.

**RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Y RESPONSABILIDADES POLITICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente. También entiendo que para ayudar a proteger la privacidad de mi información de salud, Alabama Regional Medical Services (ARMS) ha establecido una política de privacidad y las guías para la seguridad dentro de sus oficinas. Esta información detalla el uso y la divulgación de la información contenida en mis registros personales de salud destinados para capturar los diagnósticos, tratamientos, e pagos y el cuidado de salud. De acuerdo con las regulaciones de HIPPA, se ha puesto a mi disposición una copia de la Política de Privacidad de ARMS mientras que me encuentro dentro de la oficina el día de hoy. Debería yo obtener una copia de este documento; uno se me será proporcionado en forma gratuita.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o Guardian Legal)      Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo)      Fecha: \_\_\_\_\_