

Servicios Médicos Regionales de Alabama

CONSENTIMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica de los Servicios Médicos Regionales de Alabama (ARMS) a proporcionar dicha evaluación y tratamiento médico, incluyendo medicamentos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pruebas o tratamientos (incluyendo VIH y Hepatitis C) según lo ordene y lo ofezca ARMS.

Inicie solo si no autoriza: Rechazo la prueba de VIH; _____ Rechazo la prueba de Hepatitis C _____

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Por la presente autorizo el uso de cámaras de video de vigilancia con el propósito de garantizar la seguridad de los pacientes y el personal. Entiendo que las imágenes pueden ser grabadas para su revisión. Le doy a ARMS el derecho absoluto e irrevocable y el permiso para usar dispositivos de cinta de video para monitorear las instalaciones.

Inicial _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a ARMS a proporcionar cualquier información médica solicitada por las compañías de seguros o agencias públicas, Medicare o Medicaid con el cuál tengo cobertura o cualquier agencia pública. Medicare o Medicaid, si está ayudando en el pago de mi atención médica. Autorizo que mi información médica sea entregada a otro médico para continuar con mi cuidado médico.

Inicial _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, asigno a ARMS, o agentes y / o cesionarios debidamente autorizados, todos los derechos, beneficios e intereses en todos los ingresos de terceros pagadores. Autorizo el pago de los beneficios que de otro modo me pagarían por los servicios prestados directamente a ARMS y autorizo a ARMS a tomar todas las medidas necesarias para garantizar que dichos beneficios se paguen directamente a ARMS. Acepto proporcionar y firmar cualquier otro documento que pueda ser razonablemente necesario para lograr cualquiera de los propósitos anteriores. Yo entiendo que cualquier cantidad pagada a ARMS que exceda los cargos regulares será reembolsada según corresponda.

Inicial _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Reconozco que soy legalmente responsable ante ARMS, y estoy de acuerdo en pagarle a ARMS todos los cargos, ya sea que estén cubiertos o no por mi compañía de seguros o cualquier otra entidad o programa. Si la parte responsable es otra persona que no sea yo, doy mi consentimiento para que los Servicios Médicos Regionales de Alabama divulguen a la parte responsable mi información de salud personal.

Inicial _____

POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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 identificable, los Servicios Regionales Médicos de Alabama (ARMS) han establecido una Política de Privacidad y pautas para las prácticas de privacidad dentro de sus oficinas. Esta información detalla el uso y / o divulgación de la información contenida en mis registros médicos personales mantenidos para fines de diagnóstico, tratamiento, pago y operaciones de atención médica. De acuerdo con las Regulaciones de HIPAA, una copia de la Política de Privacidad de ARMS se me ha facilitado mientras estaba en la oficina hoy. Si elijo tener una copia personal, se me dará una libre de cargo.

Inicial _____

(Firma del Paciente o Tutor Legal) _____ Fecha: _____

(Firma del Testigo) _____ Fecha: _____