



# Asignaciones y Autorizaciones

**En nombre de mí o de otro paciente nombrado a continuación,**

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Por la presente doy mi permiso a White House Clinics (denominado "WHC" en este formulario) para la evaluación y el tratamiento de la condición médica, dental o de salud del comportamiento presentada (en adelante, "servicios de atención médica"). Estoy solicitando que me proporcionen servicios de atención médica (o el paciente que se menciona a continuación) en WHC. Autorizo de forma voluntaria todos los servicios de tratamiento y atención médica que los cuidadores de WHC consideren necesarios (o el paciente mencionado a continuación). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de imágenes y de laboratorio, incluidas las pruebas de detección del VIH. Si deseo que cualquier prueba de VIH se realice anónimamente, se lo diré a mi cuidador de WHC. Mi sangre puede usarse para realizar pruebas rutinarias de control de calidad. Soy consciente de que la práctica de la medicina, la odontología o la salud conductual no son una ciencia exacta; no se me han garantizado los resultados de los tratamientos, exámenes o servicios.

## **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Sujeto a la ley aplicable y los términos y condiciones de cualquier contrato aplicable entre WHC y un tercero pagador, y en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o al paciente nombrado debajo), acepto ser financieramente responsable y obligado a pagar a WHC por cualquier saldo no pagado en virtud del párrafo "Asignación de Beneficios" a continuación. Sujeto a la ley aplicable, y en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o que se me van a prestar (o el paciente mencionado a continuación), acepto ser financieramente responsable y obligado a pagar a WHC por los saldos adeudados del paciente.

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

En consideración de todos los servicios de atención médica prestados o que se me van a prestar (o el paciente nombrado debajo), asigno a WHC todo derecho, título e interés en y para cualquier beneficio de terceros debido de todas y cada una de las pólizas de seguro y / o terceros responsables de un monto que no exceda los cargos regulares y habituales de WHC por los servicios de atención médica prestados. Autorizo dichos pagos a las compañías de seguros aplicables, terceros pagadores y otros terceros. Una lista de cargos habituales está disponible bajo petición. Doy mi consentimiento a cualquier solicitud de revisión o apelación por parte de WHC para impugnar una determinación de beneficios realizada por un tercero pagador.

Salvo que lo exija la ley, asumo la responsabilidad de determinar por adelantado si los servicios provistos están cubiertos por un seguro u otro pagador externo. Entiendo que mi seguro actual debe estar archivado en WHC para que mi seguro sea facturado y, como tal, se me pedirá que presente mi tarjeta de seguro en cada visita para verificar mi cobertura de seguro. Si no proporciono a WHC la información del seguro, seré considerado paciente que paga por cuenta propia y se me obligará a pagar todas las tarifas asociadas con los servicios prestados.

## **CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Como paciente de WHC, autorizo a WHC a recuperar y utilizar mi historial de medicamentos de SureScripts, una red de prescripciones electrónicas. Esta es una forma electrónica para que WHC acceda a la información de beneficios de prescripción del paciente y al historial de medicamentos del paciente. WHC solo puede recuperar el historial de medicamentos de las oficinas que admiten SureScripts. Utilizar este método es la mejor manera de obtener la información más actualizada para que su proveedor de atención médica pueda brindarle la mejor atención.

## **AVISO DE GUÍA DEL PACIENTE**

Acuso recibo de la Guía del Paciente de WHC. La Guía del Paciente es un folleto introductorio a WHC y explica las políticas y prácticas de WHC. Entiendo que esta información se proporciona para que pueda estar mejor informado sobre las operaciones de WHC y participar activamente en mi cuidado. Si no entiendo cualquier parte de este folleto, puedo solicitar aclaraciones a cualquier miembro del personal de WHC. Entiendo que tomar fotografías y / o grabar de cualquier tipo está prohibido a menos que WHC otorgue un permiso expreso.

# Asignaciones y Autorizaciones



## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WHC. El Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo WHC puede usar y divulgar información confidencial de salud que me identifica (o al paciente nombrado debajo). Doy mi consentimiento para permitir que WHC use y divulgue mi información de salud (o al paciente nombrado debajo) como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Al hacerlo, doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud y mi información financiera (o del paciente a continuación) a todos los terceros pagadores y / o sus agentes identificados por WHC, sus agentes de facturación, agentes de cobro, abogados, consultores y / u otros agentes que representan a WHC o brindan asistencia a WHC con el propósito de asegurar el pago de todas las partes que son potencialmente responsables del pago de mi atención médica (o la del paciente nombrado debajo), incluso por abuso de sustancias, atención psiquiátrica, o VIH, si corresponde. Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que WHC ya haya confiado en mí consentimiento. Doy mi consentimiento para recibir, en el teléfono celular y / u otros números de teléfono que se proporcionan a WHC o que se actualizan en un momento posterior, mensajes de texto y / o llamadas telefónicas u otras comunicaciones utilizando voces en vivo, artificiales o pregrabadas, sistemas telefónicos automáticos de marcación, o cualquier otra tecnología asistida por computadora de WHC y sus afiliados, proveedores clínicos y socios comerciales, junto con cualquier servicio de facturación, agencias de cobro, agentes u otros terceros que puedan actuar en su nombre. Tales mensajes de texto y / o llamadas telefónicas pueden estar relacionados con cualquier propósito, incluidos los relacionados con mi cuenta y / o la atención prestada, incluidos mensajes / llamadas de marketing. Entiendo que este consentimiento para las comunicaciones no es necesario para recibir servicios de WHC o de cualquiera de las otras personas autorizadas que llaman y que se pueden aplicar el uso de datos y otros cargos. Puedo revocar este consentimiento a estas comunicaciones en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha