CHP Berkshires
Excellence in Healthcare

Consentimiento Para Realizar Tratamiento

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Otorgo mi consentimiento y autorizo a Community Health Programs (CHP) a tratar cualquier problema médico, dental o condición de salud conductual siempre que el proveedor me haya explicado la condición, los procedimientos de tratamiento y los métodos alternativos de tratar mi condición. El proveedor comunicara o ya se habrá comunicado conmigo de los riesgos prospectivos del tratamiento mencionado anteriormente y que pueden ser resultados indeseables.

Autorizo al proveedor medico a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se considere necesario si, durante el tratamiento, se descubra una condición que no se conocía previamente.

Entiendo que CHP integra servicios médicos, dentales, de nutrición, fisioterapia, obstetricia/ginecología, salud conductual y servicios familiares. Como resultado, estos profesionales adicionales pueden ser parte de mi equipo de tratamiento y experiencia, lo que puede resultar en que estos proveedores me atiendan y puede resultar en cargos adicionales a mi seguro. Esto también puede resultar en un copago o co-seguro adicional. Reconozco que, en casos de cobertura de seguro insuficientes, seré responsable del balance restante.

He leído atentamente y comprendo completamente este Formulario de Consentimiento informado y todas mis preguntas han sido respondidas adecuadamente.

Acuerdo de Tratamiento, Pago y Datos

- Autorizo examinación y tratamiento para esta y todas las visitas asociadas a CHP.
- Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos y deducibles. Hay asistencia financiera disponible para aquellos que califiquen al programa de CHP's Sliding Fee Scale por medio de una aplicación administrada por CHP y especialista en inscripciones de asistencia al paciente.
- Soy personalmente responsable de proporcionar información de seguro precisa y actualizada.
- Autorizo una fotocopia de esta documento/declaración para que sirva como copia original y se pueda utilizar de uso como firma en todos los reclamos de seguro médico.
- Autorizo la liberación de toda la información necesaria para asegurar que los pagos de beneficios sean adecuados.
- Entiendo que CHP puede utilizar datos desarrollados y/o proporcionados por los pacientes para determinar las características generales de las comunidades a las que sirve; ninguna parte de esta información será utilizada para identificar de ninguna manera a clientes individuales.

Certifico que la información mencionada arriba es verdadera y correcta. Me han notificado por medio de formularios de CHP's Aviso de Practicas de Privacidad (HIPAA) y Derechos y Responsabilidades del Paciente.

Firma Paciente: _____ Fecha: _____
Firma del Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Información General: Se obtendrá el consentimiento informado de todos los pacientes que acudan a servicios en CHP. El consentimiento informado no es simplemente el documento firmado sino un proceso de continuo que consiste en las necesidades y preferencias del paciente, el cumplimiento de las leyes y regulaciones, y educación al paciente.
La firma seguirá siendo válida a menos que el paciente la revoque por escrito.

El paciente y/o familia, según corresponda, se le brindara información sobre:

- La condición del paciente;
- Propuestas de tratamientos, procedimientos o actividades de investigación
- Beneficios y desventajas potenciales de propuestas de tratamientos o procedimientos
- Problemas relacionados con la recuperación
- Alternativas de tratamiento o procedimiento
- El proveedor medico primario responsable del cuidado del paciente
- Otros que autoricen o realicen procedimientos o tratamientos, y
- Cualquier relación comercial entre pacientes que son tratadas o entre la organización y cualquier otro centro de instalación medica.