



Mejor vida con mejor atención

Nombre del paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

- 1. Por este medio, doy mi consentimiento de forma voluntaria para recibir atención en Affinity Health Group ("Affinity") y de parte de esta, lo que puede comprender determinados procedimientos ambulatorios de rutina y determinados procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamientos médicos; y que incluye, a modo de ejemplo, análisis de laboratorio de rutina (como estudios de sangre, de orina y otros) y la administración de medicamentos recetados por el proveedor.
2. También doy mi consentimiento para que Affinity y sus proveedores realicen los procedimientos de diagnóstico, los exámenes y administren los tratamientos médicos que sean necesarios según el criterio del personal médico.
3. Si se adjunta, he revisado y comprendo la información complementaria que mi médico me proporcionó con respecto al tratamiento específico o los procedimientos que se realizarán.
4. Doy mi consentimiento para recibir todas las comunicaciones electrónicas de Affinity, lo que incluye, a modo de ejemplo, llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto, etc. Si en algún momento ya no deseo recibir recordatorios de citas, informaré al respecto a Affinity por escrito (por correo electrónico o carta), y Affinity interrumpirá ese servicio.
5. Comprendo que Affinity está compuesto de proveedores de atención primaria, especialistas y otros proveedores auxiliares de atención médica. Affinity también incluye una clínica de medicina industrial. Affinity guarda sus registros en medios electrónicos. Esto permite que mi información médica esté disponible en todos los sectores de Affinity.
6. Affinity solicita que los pacientes den un aviso con 24 horas de antelación si no podrán asistir a la cita programada. Comprendo que debo notificar a Affinity con, al menos, 24 horas de antelación a mi cita programada si no podré asistir a mi cita. También comprendo que, si tengo varias "faltas", pueden llegar a rechazarme en los consultorios de mis proveedores por falta de cumplimiento como paciente.
7. Por este medio, autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a pagar a Affinity todos los beneficios que se me adeude, si los hubiera, con motivo del servicio que se describe en las declaraciones realizadas y del modo que se establece en el contrato de póliza celebrado con mi(s) compañía(s) de seguros.
8. Comprendo que este Formulario de consentimiento será válido y permanecerá en vigencia durante el tiempo que yo (el paciente) asista a cualquier clínica de Affinity.
9. Me han explicado este formulario junto con los anexos que este tuviera, y comprendo su contenido.

Firma del paciente o de la persona autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente

Fecha

Si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento, _____

Nombre del paciente

A. El paciente es menor de edad y tiene _____ años.

Nombre del tutor legal _____

B. El paciente no puede dar su consentimiento porque _____.

Firma de la persona autorizada para dar su consentimiento en nombre del paciente

Relación

OBLIGATORIO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar mi reclamo. Como cortesía para los pacientes de Affinity, presentaremos el reclamo ante su compañía de seguros entendiendo que, si su compañía de seguros no paga, usted es responsable de pagar esta cuenta.

Paciente (o tutor legal): _____ Fecha _____

En letra de imprenta

Firma