

# Patient Agreement

**Consent for Diagnosis and Treatment** I voluntarily consent to receive health care services provided by RHG providers and employees and other health care providers as my health care provider(s) deem necessary.

- I understand that such services may include diagnostic procedures, examinations, and treatment.
- I understand photographs, videotapes, digital, and/or other images may be recorded for treatment purposes.
- I acknowledge that no warranty or guarantee has been made to me as to result or cure.
- I understand that this Consent to Treatment will be valid and remain in effect as long as I attend RHG unless revoked by me in writing with such written notice provided to each clinic attended by me.
- I hereby agree to performance of such treatment that is, in the opinion of the attending provider, deemed necessary.
- I authorize Surescripts to provide RHG with full access to my prescription history contained in the Surescripts national database.



**Patient's Certification, Assignment of Insurance Benefits and Guaranty of Payment.** I certify that the information given by me in applying for payment under Titles XVIII and XIX of the Social Security Act, for any government benefits or for any insurance benefits is correct. I hereby authorize payment of insurance, government or other third party payer benefits, including major medical, directly to Rural Health Group. I also authorize payment of surgical and/or medical benefits, including major medical, directly to all treating and supervisory providers and entities, whether direct or indirect. I understand that I am financially responsible for, agree to pay and guarantee payment in full of any and all charges for services provided to me by a Rural Health Group provider involved in providing treatment or consultation to me at Rural Health Group, even if such treatment is not covered by insurance. I understand that my bill will be sent to the address on file unless I complete a request for my bill to be sent to an alternate address. I authorize Rural Health Group to act as attorney-in-fact (act in my behalf) with regard to:

(1) Collection of benefits from any responsible third party through whatever means necessary; and (2) endorsement of benefit checks made payable to me and/or Rural Health Group. If collection efforts are needed to obtain payment from me for the services and supplies provided, I agree to pay the costs of such collection efforts, including reasonable attorneys' fees. I authorize payment of any refund that is due of any overpaid insurance benefits to be paid to the appropriate payer in accordance with my insurance policy conditions or any applicable benefit provisions where my coverages are subject to a coordination of benefits clause. With regard to any refund due to me, I authorize the immediate application of any such refund to any amount that I am personally legally obligated to pay for care and services provided by Rural Health Group. I understand that any remaining credit due after payment of these outstanding amounts will be refunded to me.

**Consent For Release of Medical Information.** Rural Health Group, licensed physicians and other health care professionals involved in providing my care at Rural Health Group are authorized to use and release my medical information obtained during visits to Rural Health Group, including all its specialties, for purposes of treatment, payment and health care operations as stated in Rural Health Group Notice of Privacy Practices. I understand that my medical information could include medical history or information regarding first time diagnosis or treatment of me for a communicable disease (such as sexually transmitted diseases, HIV/AIDS, tuberculosis or hepatitis), mental illness, alcohol or substance abuse. By signing this document I am acknowledging and certifying that I have received a copy of the Rural Health Group Notice of Privacy Practices.

I understand that this consent will remain in effect until such time as I revoke my consent. I understand that I may request restrictions on disclosure of any of the above health information by completing the Rural Health Group Request for Restriction of Health Information Form. I also understand that I may revoke or discontinue my consent at any time by notifying Rural Health Group in writing, except to the extent actions have already been taken based upon my consent, including the disclosure of information to third party payers to seek payment for the care and treatment provided to me. I understand that information disclosed pursuant to this consent may be subject to re-disclosure and would not be protected under the terms of the federal privacy rule. I understand and agree to the above releases, authorizations, acknowledgement and assignments of benefits. By signing this document I am acknowledging and certifying that I have received a copy of the Rural Health Group Notice of Privacy Practices.

Signature (Seal): \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*(Patient or legal guardian/closest relative/authorized representative, if the patient can't sign it)*

Print name of Guardian or Representative, if any: \_\_\_\_\_

Signature (Seal): \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*(Insured/Guarantor, if different from Guardian/Relative/Authorized representative)*

Print name of Insured/Guarantor or Representative, if any: \_\_\_\_\_

# Acuerdo del Paciente

**Permiso para diagnosticar y dar tratamiento.** Yo, voluntariamente acepto recibir servicios de cuidado médico, y en caso de que aplicara a mi bebé aún por nacer, por personal de Rural Health Group (de aquí en adelante RHG).

- Entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina, exámenes y tratamiento.
- Entiendo que podrían tomar fotos, grabaciones y otras imágenes digitales para propósito del tratamiento a que me someto.
- Reconozco que no se me ha garantizado que el tratamiento tenga la certeza de que va a funcionar.
- Entiendo que este consentimiento para recibir tratamiento será válido y permanecerá en efecto mientras que yo acuda a RHG, o hasta que yo revoque mi consentimiento por medio de una notificación por escrito a cada una de las clínicas que me hayan atendido.
- Declaro mi consentimiento a recibir el tratamiento que el doctor considere necesario.
- Autorizo a Surescripts para que proporcione a RHG todo mi historial de recetas médicas contenidas en la base de datos nacional de dicha compañía.



**Certificación del paciente para designación de beneficios de seguro y garantía de pago.** Certifico la veracidad de la información que proporcioné durante la solicitud para pago bajo las secciones XVIII y XIX del Social Security Act, para cualquier pago de beneficios del gobierno o de cualquier compañía de seguros. Por este medio autorizo que cualquier pago del seguro médico, gobierno o terceras partes, incluyendo gastos médicos mayores, sean hechos directamente a Rural Health Group. También autorizo el pago de servicios médicos o quirúrgicos, incluyendo gastos médicos mayores, directamente a los doctores que me estén tratando y a aquellos que hayan sido consultados (supervisores u otros), ya sea que me hayan proporcionado servicios de cuidado médico directa o indirectamente. Entiendo que soy responsable de pagar a RHG y garantizar el pago total de todos y cada uno de los cargos por servicios médicos que reciba de RHG, incluso si dicho tratamiento no es cubierto por mi seguro de salud. Entiendo que enviarán la factura a la dirección que está registrada en mi expediente, a menos de que yo les solicite por escrito que se envíe a otra dirección. Autorizo a RHG para que actúe como mi apoderado (para que actúen en mi representación) con respecto a:

(1) Cobranza de beneficios de terceras partes a través de cualquier medio que sea necesario, y (2) endoso de los cheques de beneficios que reciban a mi nombre y/o al de RHG, o profesionales médicos independientes. Si RHG necesitara recurrir a los servicios de una agencia de cobranza para obtener el pago de los servicios y materiales de que soy responsable, estoy de acuerdo en pagar los gastos incurridos para dicha cobranza, incluyendo los honorarios razonables de abogados. Autorizo pago de cualquier reembolso que se deba por cualquier beneficio de seguro que haya sido sobrepagado, a la parte correspondiente, de acuerdo con las condiciones de mi póliza de seguro o cualquier otra condición de beneficios que aplique, si mi cobertura está sujeta a una cláusula de coordinación de beneficios. Respecto a cualquier reembolso que se me deba, autorizo que éste se aplique inmediatamente a cualquier cantidad que yo deba y a la que esté legalmente obligado a pagar por atención y servicios proporcionados por RHG. Entiendo que se me reembolsará cualquier crédito restante después de que se salde la cuenta.

**Permiso para divulgar información médica.** Rural Health Group, médicos autorizados para ejercer y otros profesionales de cuidado de salud que estén involucrados en mi cuidado de salud en RHG, están autorizados a usar y permitir acceso a mis expedientes médicos obtenidos durante visitas a RHG, incluyendo todas sus especialidades, para el propósito de tratamiento, pago y administración de servicios de salud, tal como está indicado en la Notificación de Normas de Privacidad de RHG. Entiendo que mis datos médicos pueden incluir historia médica o información respecto a la primera vez que me diagnosticaron o trataron por una enfermedad contagiosa (tal como enfermedades transmitidas sexualmente, VIH o SIDA, tuberculosis o hepatitis), enfermedad mental, abuso de alcohol o drogas. Al firmar el presente documento estoy aceptando y certificando que he recibido una copia de la Notificación de Normas de Privacidad de Rural Health Group.

Entiendo que este permiso caducará hasta que yo lo revoque por escrito. Entiendo que puedo solicitar que haya ciertas restricciones respecto a divulgación de cualquier parte de mi historial médico si así lo solicito a RHG por escrito en el formulario Rural Health Group Request for Restriction of Health Information. También entiendo que puedo revocar o discontinuar mi permiso en cualquier momento, una vez que notifique a RHG por escrito, excepto aquellas acciones que ya se hayan hecho basadas en este permiso, incluyendo la divulgación de datos a terceras personas para conseguir pago por la atención y tratamiento que se me haya proporcionado. Entiendo que la información que se pueda divulgar concerniente a este permiso puede estar sujeta a que se comparta con otros, y que no estará protegida bajo los términos de las regulaciones federales sobre la privacidad. Entiendo y estoy de acuerdo con las divulgaciones, autorizaciones y asignación de beneficios estipulados arriba. Al firmar el presente documento estoy aceptando y certificando que he recibido una copia de la Notificación de Normas de Privacidad de Rural Health Group.

Firma (Sello): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*(Paciente o guardián legal/pariente más cercano/representante autorizado, si el paciente no puede firmar)*

Nombre del guardián o representante: \_\_\_\_\_

Firma (Sello): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*(Asegurado/aval, si es diferente del guardián legal/pariente más cercano/representante autorizado)*

Nombre del asegurado/aval o representante: \_\_\_\_\_