

# Acuerdo del Paciente

**Permiso para diagnosticar y dar tratamiento.** Yo, voluntariamente acepto recibir servicios de cuidado médico y en caso de que necesitara a mi bebé en mi vientre, 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, videgrabaciones 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 el tratamiento será válido por un periodo de 12 meses, a menos que yo mismo lo revoque por escrito a cada clínica que me haya 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.

**NC Health Information Exchange (NC HIE).** Un Intercambio de Información de Salud (o HIE) es una forma de compartir la información de salud del paciente entre los consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes. El propósito es asegurar que cada cuidador tiene la información más reciente disponible de otros proveedores. Tener acceso oportuno a este disco más completo y exacto de la salud ayudará a los proveedores trabajen juntos con mayor facilidad, tomar mejores decisiones sobre la atención al paciente, eliminar las formas y pruebas redundantes y reducir errores. RHG se vive ahora con NC Health Information Exchange (NC HIE). Esto significa que RHG ha comenzado a enviar datos de los pacientes a la red de intercambio de información de salud seguro de NC HIE. Entiendo que RHG enviará mis datos a la NC HIE. Yo entiendo que si yo no quiero participar en el HIE, debo completar un formulario de opt-out y devolverlo a la NC HIE. Yo entiendo que si yo me pongo de

**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 RHG.

**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 RHG. 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.

**Aviso al Beneficiario de Medicare Responsable Organización de atención.** RHG es parte de una Organización de Cuidado Responsable de Medicare llamada Carolina Medical Home Network ACO. Este ACO se compone de todos los proveedores de RHG, junto con los proveedores de otros centros de salud en Carolina del Norte. Los miembros de la ACO están trabajando juntos para proporcionar a sus beneficiarios de Medicare con acceso a la atención coordinada de alta calidad, al tiempo que ayuda a reducir el crecimiento de costes sanitarios. Si recibo beneficios de Medicare, CMS me ha puesto en este ACO. Entiendo que mi información de salud personal será recogido por el ACO para tener una mejor comprensión de mi salud por lo que el cuidado y asesoramiento que recibo en RHG considera mi imagen total en salud. Entiendo que si no deseo compartir mi información de salud personal con el ACO, yo no tengo que y tendrá que llenar un formulario de opt-out o llame al 1-800 - Medicare y

Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor por un periodo de 12 meses o hasta que yo revoque dicho consentimiento. 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 RHG 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 RHG.

Nombre del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma (Sello): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Tutor del paciente o representante jurídico / pariente más cercano / representante autorizado)

Relación con paciente

Si es menor de 18, en letra de imprenta del padre / tutor o representante: \_\_\_\_\_

Firma (Sello): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Padre / Tutor o Representante)

Relación con paciente