



DECLARACIONES DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

REV. 8/19/2013

Consentimiento para tratamiento

Solicito y autorizo el tratamiento médico y/o quirúrgico, según se considere necesario y apropiado por el médico y las personas designadas por él que están participando en mis cuidados de salud. Deberán informarme los posibles riesgos y beneficios de cualquiera de los procedimientos. Los cuidados de salud podrían incluir diagnóstico, procedimientos de radiología y laboratorio, procedimientos terapéuticos, incluyendo procedimientos menores tales como cistoscopias (mediante el uso de un cistoscopio para examinar la vejiga), administración de fármacos, cuidados hospitalarios y referencia médica apropiada para suministros médicos, lo que incluye empresas en las que mi proveedor podría ser inversionista. Me doy cuenta de que tengo el derecho a la participación informada en todas las decisiones que involucren mis cuidados de salud. Reconozco que no se podrá dar garantía alguna con respecto a la efectividad de un tratamiento en particular.

Consentimiento de política financiera

Se le notifica que la información sobre elegibilidad y prestaciones (beneficios) que suministró su seguro es sólo una aproximación y no constituye una garantía de pago. Las prestaciones (beneficios) reales están sujetas a todos los términos, definiciones, limitaciones y exclusiones del plan en vigencia a la fecha del servicio. Urology San Antonio enviará la factura a su aseguradora por los servicios prestados por nuestros proveedores de atención médica en nuestros centros médicos; no obstante, es responsabilidad del paciente pagar por todos y cada uno de los servicios prestados. Verifique la participación con su aseguradora antes de programar cuidados de diagnóstico, complementarios o especializados, que se llevan a cabo fuera de Urology San Antonio. Urology San Antonio no es responsable de verificar las prestaciones (beneficios) de hospitales, anestesia u otros servicios o instalaciones complementarias externas.

Consentimiento para comunicaciones confidenciales

Por medio de la presente, autorizo a Urology San Antonio a proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamiento y, además, asigno al proveedor de servicios de atención médica todos los pagos por concepto de los servicios médicos prestados a mi persona o a mis dependientes. Entiendo que Urology San Antonio podría usar dispositivos de comunicación electrónica o fax para compartir mi información con otros proveedores de servicios de atención médica, terceros responsables de los pagos u otros establecimientos involucrados en mis cuidados. Urology San Antonio podría dejar un correo de voz identificándome como paciente de Urology San Antonio. (Si no quiere que le dejemos un correo de voz, háganoslo saber). Entienda que el uso de tecnologías de comunicación podría acelerar su atención. Urology San Antonio no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización, excepto según se describe en el Aviso de procedimientos de privacidad.

Firma archivada

Mi firma a continuación indica que he leído y estoy de acuerdo con lo expuesto anteriormente.

Firma del paciente o tutor del paciente

Fecha

Nombre paciente en letras de imprenta

Nombre del testigo en letras de imprenta

Fecha

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

No. de cuenta del paciente _____