

**Consentimiento para el tratamiento**

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Al firmar este formulario, doy mi consentimiento y autorizo a Northwest Family Clinics a brindarme tratamiento. Entiendo que esto puede incluir educación, manejo de medicamentos, análisis de laboratorio, estudios de imagen y procedimientos. Entiendo que mi proveedor está disponible para explicar el propósito del tratamiento y de los procedimientos, y que tengo el derecho de rechazar el tratamiento recomendado.

**CESIÓN DE BENEFICIOS y AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN:** Por la presente solicito que los pagos de los beneficios de seguro autorizados se realicen directamente a Northwest Family Clinics en mi nombre por cualquier servicio que se me brinde en este establecimiento. Doy mi consentimiento a Northwest Family Clinics para que divulgue mis expedientes médicos y otra información relacionada con mis servicios de atención médica para fines de pago y operaciones de atención médica.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PAGADORES Y REDES:** Autorizo a Northwest Family Clinics a divulgar los expedientes médicos solicitados y otra información relacionada con mis servicios de atención médica a Medicare, sus agentes, mi aseguradora u organización de mantenimiento de la salud, otros pagadores, organizaciones de redes de pagadores, incluyendo las organizaciones de atención responsable, sus contratistas, administradores de terceros, agencias médicas estatales o cualquier otro pagador gubernamental, según sea necesario para fines de pago y operaciones de atención médica. Cualquier seguimiento o reporte a terceros que resulte necesario debido a saldos pendientes en mi cuenta no se considerará una violación de la confidencialidad.

**ACUERDO DE PAGO:** Reconozco y entiendo que soy responsable económicamente de todos los cargos relacionados con los servicios que se me presten a mí o a mi dependiente. Si, por cualquier motivo, mi aseguradora determina que ciertos servicios no están cubiertos o no paga alguna parte de mi factura, o si no cuento con cobertura de seguro activa, asumo la responsabilidad total del pago de dichos cargos y de todos los demás cargos por los servicios prestados. Todos los copagos, coaseguros y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito y/o débito. Se aplicará un cargo de \$45 por cheques devueltos o contracargos de tarjeta de crédito. Si las circunstancias requieren el uso de una agencia de cobro de terceros, entiendo que seré responsable del pago de los costos de cobranza, honorarios de abogado y/o costos judiciales. Cualquier cargo se aplicará al saldo en pendiente de cobro. La agencia de cobro también puede reportar su cuenta en mora a la agencia de crédito.

**DERECHO DEL PACIENTE A LA PRIVACIDAD:** Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia o que se me ha informado sobre las Prácticas de Privacidad de Northwest Family Clinics. Entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso de privacidad.

**RESULTIDO DE RECETAS Y MEDICAMENTOS CONTROLADOS:** Northwest Family Clinics proporciona suficientes resurtidos y recetas renovadas en el momento de su cita. Usted es responsable de llevar el control de su suministro de medicamentos y de programar una cita antes de que estos se agoten. Debe comunicarse con su farmacia para solicitar el resurtido de la receta y permitir al menos 72 horas (3 días hábiles) para que se procese su solicitud.

**CITAS PERDIDAS O CANCELADAS DE FORMA TARDÍA:** Reconozco que no cancelar mi cita con al menos 24 horas de anticipación o no presentarme a mi cita impide que se programe a otros pacientes. Entiendo que se puede aplicar un cargo de \$50 por citas y \$100 por procedimientos a mi cuenta por citas perdidas o canceladas tardíamente. Las colonoscopías deben cancelarse con al menos 7 días de anticipación o se podrá aplicar un cargo de \$300 por cancelación tardía. Además, entiendo que Northwest Family Clinics se reserva el derecho de finalizar mi atención o colocarme en una restricción de citas el mismo día si tengo tres o más citas perdidas o canceladas tardíamente sin aviso de 24 horas dentro de un período de 12 meses.

**PUEDEN GENERARSE OTROS CARGOS:** Si se solicita a Northwest Family Clinics que complete formularios o informes adicionales para usted, pueden aplicarse cargos adicionales. Estas tarifas no se facturarán a su aseguradora y deben pagarse por adelantado. Northwest Family Clinics puede cobrar por conceptos como, entre otros, formularios de discapacidad, formularios FMLA, copias de expedientes médicos, informes especiales, comunicación electrónica o consultas telefónicas.

**NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS:** Al proporcionar mi número de teléfono, dirección de correo electrónico u otra información de contacto personal, autorizo a Northwest Family Clinics y a su sistema automatizado de alcance y mensajería de terceros a utilizar mi información de contacto para comunicarse conmigo con recordatorios de citas, resultados de laboratorio, información de saldos de cuenta, boletines informativos, actualizaciones generales y otras funciones relacionadas con la atención médica. Doy mi consentimiento para que dejen mensajes detallados en mi buzón de voz o con la persona indicada a continuación, si no estoy disponible en el número que proporcioné.

**AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD:** Por la presente autorizo a los proveedores médicos y al personal de Northwest Family Clinics a discutir mi información de salud protegida con la(s) persona(s) indicada(s) a continuación. Al dejar este espacio en blanco, los proveedores y el personal no compartirán mi información de salud protegida.

Relación	Nombre	Nº de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Al firmar este formulario, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior. Entiendo que este consentimiento no expira hasta que lo revoque por escrito. Entiendo que tengo el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento y que dicha revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción tomada antes de la revocación.**

Nombre del paciente (EN LETRA DE MOLDE): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma legal del paciente, padre/madre o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha