|  |
| --- |
| Nombre del Paciente:  |
| Fecha de nacimiento: |

**del paciente o responsable**

**PERMISO PARA SER ATENDIDO**

**Permiso para ser atendido:** Yo, en calidad de paciente, padre, madre o tutor del paciente, solicito y doy mi consentimiento voluntario para la prestación de servicios médicos en la sala de emergencias o en la clínica (TRMC por sus siglas en inglés).

**Educación:** Autorizo a que haya personas observando durante el tratamiento con fines de información médica y educación.

**Acuerdo de pago de servicios:** Reconozco y acepto que soy responsable de pagar los aranceles de la clínica. También acepto pagar por los servicios de radiología proporcionados por *Western Colorado Radiological Associates, P.C*. (*WCRA* por sus siglas en inglés), servicios de patología y de laboratorio proporcionados por *LAB CORP*. *Myriad*, y/o *Ambry Genetics*, los cuales son facturados por separado, si es que dichos servicios se consideran necesarios en la opinión del médico que lo atienda. Los pagos deben realizarse en el momento de recibir la factura. Si no pagara en un plazo de 30 días, mi deuda será trasladada a una agenda de cobranzas. Si se llevara acabo una acción juridicial en mi contra por no haber pagado los cargos tales como me llegaron de la clínica de Telluride. *WCRA*, o *LAB CORP*, *Myriad* y/o *Ambry Genetlcs*, la deuda entonces incluirá honorarios del abogado o de la agencia de cobranzas.

**Medicare. Título XVIII y Medicaid, Título XIX;** Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago de servicios a través de los Títulos XVIII o XIX de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a que mi información médica o cualquier otra información mía sea transmitida a la Oficina de Seguridad Social o sus intermediarios para este o cualquier otro reclamo y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre.

**Autorización para difundir información:** Autorizo por este medio a publicar mis expedientes médicos a cualquier persona o entidad que puedan, bajo contrato, recibir el pago de cualquier cargo incurrido por mí en la clínica de Telluride o para cualquier otro médico que continúe con mi atención médica.

**Autorización para descargar el historial de medicamentos:** Autorizo la descarga de mi historial de medicamentos en mi expediente médico a través de *Pharmacy Benefit Managers*.

**Reclamos del Seguro médico:** Si nos ha presentado información de su seguro médico con dirección dentro de los Estados Unidos, que no es Medicaid de otro estado, presentaremos el reclamo en su nombre.

**Asignación de beneficios:** Autorizo por este medio a cualquier otra parte responsable de cualquier otra porción de los servicios médicos a hacer un pago directo a la clínica de Telluride, a *Mountain Radiology LLC,* *LAB CORP,* *Myriad*, *Arnbry* *Genetics y/o al Departamento de Dermatología de la Universidad de Utah*. Reconozco que esta asignación de beneficios es irrevocable y asigna al médico todos mis derechos de la póliza de mi seguro. Además, entiendo que soy responsable de aquellos cargos de la clínica de Telluride y/o de *Mountain Radiology LLC,* *LAB CORP,* *Myriad*, *Arnbry* *Genetics y/o al Departamento de Dermatología de la Universidad de Utah*, que no estuvieran cubiertos por mi seguro médico o tercera parte.

**Intercambio de información de salud:** Autorizo la carga y descarga de mi expediente médico a través de sistemas de intercambio de información de salud como *QHN*, *Common Well* y *Care Quality*.

**Aviso de inmunidad gubernamental:** La atención médica y otros servicios de salud en la clínica de Telluride pueden ser proporcionados por personas que podrían ser consideradas empleados públicos mediante la Ley de Inmunidad Gubernamental de Colorado. Dicha ley, en el artículo 10, Título 24 de los Estatutos Enmendados de Colorado, limita el monto de daños recuperables de empleados y entidades públicos, requiere de un aviso formal y limita la presentación de dicho aviso a 180 días.

**Telemedicina:** Doy mi consentimiento para que la clínica de Telluride programe una televisita si fuera necesario para mi condición médica.

 **EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO Y ENTIENDE LAS CONDICIONES ANTERIORMENTE INDICADAS SOBRE CONSENTIMIENTO Y HA RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Del Paciente o Persona Responsable** **Fecha** **Nombre en imprenta del paciente o persona responsable** ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente**  **Número de teléfono**

***Si usted está firmando en nombre del paciente y no es la parte responsable:***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**

**Firma**  **Nombre en letra imprenta Relación con el paciente Fecha**

 ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Razón por la cual el Paciente no puede firmar**  **Testigo Fecha**