

Formulario de divulgación para el registro del consultorio médico

Acepto el tratamiento indicado por mi médico. Mi médico puede recibir ayuda de otros profesionales de la salud. Mi médico puede cambiar mi atención para beneficiar mi vida o mi estado de salud. Bronson tiene un registro electrónico de salud que permite que mi información se comparta con aquellos que necesitan acceso a la misma para proporcionar, coordinar o gestionar mi atención.

Acepto que:

- Haré preguntas. Nadie me ha prometido nada sobre mi tratamiento o atención.
- Los tejidos, partes del cuerpo o muestras pueden someterse a prueba o ser usados para investigación. Se eliminarán con respeto.
- Los estudiantes o el personal podrán observar mi tratamiento y mis archivos clínicos con fines de enseñanza o investigación. La información que me identifica no será publicada a menos que yo lo acepte.

Entiendo que:

- El personal corroborará quién soy yo. Yo preguntaré lo que se me está haciendo. Esto es para garantizar mi seguridad.
- Cuando recibo servicios tengo derechos y responsabilidades. Esta información se me proporcionó.

Mi información médica: Entiendo que Bronson puede divulgar mis archivos a:

- Compañías de seguros, planes de salud y procesadores de reclamaciones.
- Mi empleador, si los servicios son solicitados por mi empleador.
- Toda persona o entidad responsable de pagar toda o parte de mi factura.
- Los abogados de Bronson y sus agentes.
- Sé que esto puede incluir información sobre abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales, VIH o enfermedades relacionadas.

Mis otras autorizaciones y acuerdos:

- Me comprometo a ayudar a Bronson a obtener mis beneficios del seguro. Le proporcionaré a Bronson mis números de teléfono particular o celular.
- Acepto recibir llamadas telefónicas pregrabadas de Bronson, sus abogados o sus agentes a cualquiera de estos números telefónicos.
- Además, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos de Bronson, sus abogados o sus agentes usando cualquier número telefónico o dirección de correo electrónico que yo proporcione. Entiendo que no se requiere mi consentimiento para obtener tratamiento.
- Acepto que todas las muestras de diagnóstico obtenidas en el consultorio (por ejemplo, laboratorio, anatomía patológica, citología, etc.) se enviarán a Bronson Hospital para su procesamiento. Mi compañía de seguros puede verificar si las pruebas son un beneficio cubierto o no.

He leído este formulario. Todas mis preguntas fueron respondidas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del padre, de la madre o del tutor _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____