



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

**Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y visitas al consultorio
Consentimiento general para el tratamiento y formulario de divulgación de registro**

Acepto:

- El tratamiento a cargo de mi equipo de atención.

Me comprometo a:

- Hacer preguntas. Nadie ha hecho promesas sobre mi tratamiento o atención.
- Los estudiantes de medicina o el personal pueden acceder a mis registros médicos y de tratamiento para enseñar o investigar. No se publicará información sobre mí a menos que exprese mi conformidad por escrito.

Entiendo que:

- Tengo derechos y responsabilidades cuando recibo servicios. Se me ha proporcionado información sobre mis derechos y responsabilidades.
- El personal volverá a verificar quién soy. Me preguntarán el por qué estoy aquí. Sé que esto es para mantenerme a salvo.
- Bronson utiliza un sistema de historias clínicas electrónicas que permite que mi información de salud se comparta con otros proveedores de atención médica que necesitan acceso a mi información. Utilizarán esta información para proporcionar y administrar mi atención.
- Mi médico puede cambiar mi atención para mejorar mi vida o mi salud.
- Mi médico puede trabajar con otros médicos que he consultado en el pasado o en el presente.
- Entiendo que algunos médicos, radiólogos y patólogos, no son empleados de Bronson. Son responsables de la atención que brindan.
- Se puede hacer una prueba de VIH (virus del SIDA) u otra prueba de sangre sin mi consentimiento después de que alguien que me haya ayudado en mi cuidado quede expuesto a mi sangre u otros fluidos corporales. Un ejemplo de esto sería un corte en la piel.
- Por razones de seguridad, mi persona y mis pertenencias pueden ser objeto de registro si existe la creencia de que puedo tener artículos o sustancias que podrían dañar a otros o a mí.
- Todas las muestras de diagnóstico obtenidas en el consultorio (por ejemplo, laboratorio, patología, citología) se enviarán a Bronson Hospital para su procesamiento a menos que el paciente notifique lo contrario. Mi compañía de seguros puede verificar si las pruebas son un beneficio cubierto o no.

Información médica: Entiendo que Bronson puede divulgar mis registros médicos a:

- Compañías de seguros, planes de salud y procesadores de reclamos.
- Mi(s) médico(s) y otras personas involucradas en mi cuidado.
- Mi empleador, si los servicios son solicitados por mi empleador o están relacionados con un reclamo de indemnización laboral u otro incidente relacionado con el trabajo.
- Una persona o entidad responsable de pagar la totalidad o una gran parte de mi factura.
- Abogados y sus agentes (incluidos los de Bronson) en respuesta a una orden legal u otro proceso legal.
- Tribunales, según sea necesario para obtener el pago de mi factura o en respuesta a una orden judicial.

La "información altamente confidencial", incluida la información sobre el abuso de sustancias o alcohol, enfermedades mentales, VIH o enfermedades relacionadas, tiene una protección especial de la privacidad según las leyes estatales o federales y no se revelará sin un formulario de autorización por escrito.

Asignación de derechos: Le otorgo a Bronson Healthcare Group, todos los derechos para facturar y obtener el pago por los servicios que recibo o que he recibido anteriormente hasta la fecha en que firmé esta asignación. Le otorgo a Bronson todos los derechos de pago de mis facturas. Esto significa que Bronson puede, por ejemplo:

- Enviar mis facturas a compañías de seguros y planes de salud y comunicarse con ellos con el fin de recibir el pago.
- Apelar ante la denegación de pago o una decisión adversa de beneficios.
- Presentar una demanda para recibir el pago de una factura.
- Presentar por iniciativa propia o unirse como parte de cualquier demanda o procedimiento que involucre mi factura. Esto incluye aplicar todos los costos, intereses, multas y honorarios de abogados permitidos por la ley.
- Renuncio a todos los derechos de negociar, liberar o retener dinero para mi factura de Bronson Healthcare Group. Renuncio al derecho de tomar cualquier medida que comprometa el pago o el reembolso de mi factura de Bronson Healthcare Group.

Mis otras autorizaciones y acuerdos:

- Estoy de acuerdo en ayudar a Bronson Healthcare Group o a los agentes aprobados por Bronson que trabajen en mi nombre para obtener beneficios de seguro, cobertura de seguro o una fuente de pago. Proporcionaré a Bronson Healthcare Group mi número de teléfono particular o celular.
- Estoy de acuerdo, a fin de que Bronson salde mi cuenta o cobre cualquier monto que yo pueda adeudar, que Bronson Healthcare Group pueda contactarme por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono móvil, que podrían generar cargos. Bronson también puede comunicarse conmigo enviando mensajes de texto o correo electrónico, utilizando la dirección de correo electrónico que proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz pregrabados/artificiales y el uso de un servicio de marcación automática, según corresponda.
- Designo a Bronson Healthcare Group como mi representante autorizado para solicitar el pago de mi factura y apelar la denegación de pago o una determinación adversa de beneficios, y presentar una demanda para obtener el pago.

Mi responsabilidad de pago:

- Entiendo que soy personalmente responsable por el pago de mis facturas de Bronson Healthcare Group.
- Confirmando que la información que proporciono a Bronson Healthcare Group es correcta y acepto proporcionarle a Bronson toda la información del seguro y toda la información financiera sobre mi capacidad de pago.
- Entiendo que es mi responsabilidad garantizar que cualquier autorización requerida para los tratamientos proporcionados por un especialista se proporcione antes de la visita. Si no se recibe la autorización antes de la visita programada, entiendo que tendré que hacerme cargo de los honorarios.
- Si mi médico de atención primaria no es un médico de Bronson Healthcare Group, soy responsable de obtener cualquier autorización requerida de mi médico de atención primaria o plan de salud y enviarla a Bronson Healthcare Group. Si no se recibe la autorización antes del tratamiento, seré financieramente responsable y tendré que pagar los honorarios.
- Si mi compañía de seguros tiene un Contrato de Servicios con Bronson que cubre mi atención, mi responsabilidad financiera personal con Bronson puede limitarse a lo que se determina que no está cubierto y se pagará según ese contrato. Bronson me notificará de cualquier saldo que siga siendo mi responsabilidad una vez aplicados los pagos del seguro.
- Si mi compañía de seguros no tiene un Contrato de servicios con Bronson, tendré que pagar todos los cargos de Bronson no cubiertos por mi seguro. Si existe una diferencia entre los cargos de Bronson y los montos pagados por mi compañía de seguros no contratada, soy responsable de pagar la diferencia.
- Si no tengo seguro médico, debo pagar a Bronson Healthcare Group por todos los cargos de Bronson Healthcare Group originados por mi atención.
- Entiendo que soy responsable de:
 - Copagos
 - Cargos no cubiertos
 - Deducibles
 - Algunos medicamentos

- Entiendo que recibiré estados de facturación mensuales si adeudo dinero a Bronson después de mis servicios. El mismo incluirá los pagos pendientes del seguro, así como cualquier saldo adeudado por mí. Se espera que el monto adeudado se pague en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de facturación y los saldos de más de 120 días, se enviarán a cobranzas. Entiendo que soy responsable de todos los costos de cobro, incluidos los costos judiciales y los honorarios razonables de los abogados.
- Entiendo que se me puede cobrar por los cargos del médico y del centro en base a los servicios prestados, incluso por los servicios prestados el mismo día.
- Entiendo que puedo recibir *facturas separadas* de anestesistas, radiólogos y patólogos. Entiendo que soy responsable de pagar estas facturas si no están cubiertas por mi seguro. Bronson no tiene la responsabilidad de pagar estas facturas.
- Se cobrará un cargo de \$ 25.00 por todos los cheques devueltos. Los pacientes son responsables de pagar este cargo con tarjeta de crédito, giro postal o en efectivo al recibir un estado de cuenta.
- Para los pacientes menores de 18 años, el padre, tutor o menor no acompañado reconoce la responsabilidad de los términos de este Consentimiento general para el tratamiento y formulario de divulgación de registro
- Si en algún momento no puede pagar el saldo de su estado de cuenta, Bronson Healthcare Group tiene opciones de pago disponibles para usted.
 - *Comuníquese con un asesor financiero o llame al 269-341-6117 si tiene alguna pregunta.*

Si alguna disposición de este Consentimiento general para el tratamiento y formulario de divulgación de registro es invalidada por cualquier tribunal, acepto que las disposiciones restantes seguirán siendo válidas.

He leído y entiendo este formulario. Todas mis preguntas han sido respondidas. Si el paciente es menor de edad (18 años o menor), el padre o tutor debe firmar lo siguiente.

Los cambios o las alteraciones de este formulario no son vinculantes para Bronson Healthcare Group o sus entidades afiliadas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

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

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Witness Statement: I obtained verbal consent via phone from parent/guardian. Two staff witnesses are required.

Witness Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Witness Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Interpreter's Statement:

I have interpreted this consent form to the patient, a parent, closest relative or legal guardian.

Voice/Video Service: _____ Interpreter ID #: _____ Date: _____ Time: _____

Interpreter Name (*printed*): _____ Agency: _____

Interpreter Signature: _____ Date: _____ Time: _____