



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO (rev 1/18)

- 1. Consentimiento para el tratamiento:** Habiendo elegido ser tratado por Morongo Basin Community Health Center (MBCHC) para recibir servicios ambulatorios, doy mi consentimiento y autorizo la administración de todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos que se consideren convenientes o necesarios según el criterio del proveedor que atiende.
- 2. Historial de recetas médicas:** Entiendo que los proveedores y el personal de MBCHC pueden ver el historial de recetas médicas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y gerentes de beneficios farmacéuticos, y puede incluir recetas que se remontan a varios años atrás.
- 3. Consentimiento de fotografías:** Doy mi consentimiento para que tomen fotografías, videos, imágenes digitales u otras imágenes de mi condición o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las imágenes con el propósito de hacer mi diagnóstico o darme tratamiento o para operaciones de MBCHC, incluyendo revisiones por parte de colegas, educación o programas de capacitación realizados por el Centro.
- 4. Autorización para divulgar información:** Autorizo por este medio a MBCHC y a todos mis proveedores que me atienden a divulgar información y/o facilitar la coordinación de mi atención médica con los proveedores de servicios apropiados.
- 5. Autorización para divulgar información del seguro:** Por este medio autorizo a MBCHC y a todos los proveedores que me atienden a divulgar información para completar los formularios de reclamo del seguro.
- 6. Asignación de beneficios de seguro:** Por este medio, ordeno y autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos directamente a MBCHC.
- 7.** Entiendo que **soy financieramente responsable** de todos los cargos.
- 8.** He recibido una copia del **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE MBCHC**.

DISPOSICIONES PREVIAS

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a mi(s) proveedor(es) de MBCHC los documentos necesarios para llevar a cabo mis Directivas Avanzadas. Soy consciente de que las Directivas Avanzadas pueden ser una de las siguientes:

- a. Un poder de representación permanente para la atención médica;
- b. La Declaración en la Ley de Muerte por Causas Naturales (como un testamento vital); o
- c. Puedo escribir mis deseos en una hoja de papel para que mi familia pueda usar dicho documento, al decidir mi tratamiento médico, en caso de que yo no pueda hacerlo.

FIRMAS

He leído y confirmado los términos del Consentimiento para Tratamiento de MBCHC, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de MBCHC y me han ofrecido información sobre las Directivas Avanzadas:

Firma del paciente

o representante legal: _____ Fecha: _____

Si es firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre del paciente o representante legal

en letra de molde: _____

Firma del representante/testigo

de MBCHC: _____ Fecha: _____