

- 1. Consentimiento para el tratamiento:** al haber elegido ser atendido en Morongo Basin Community Health Center (MBCHC) para servicios ambulatorios, por este medio consiento y autorizo la administración de todos los tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que puedan considerarse aconsejables o necesarios a juicio del proveedor atendiéndome.
- 2. Historial de recetas:** Entiendo que los proveedores y el personal de MBCHC pueden ver el historial de recetas de muchos otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y gerentes de beneficios de farmacia y puede incluir recetas de hace varios años atrás.
Consentimiento de fotografía: Doy mi consentimiento para tomar fotografías, cintas de video, imágenes digitales u otras imágenes de mi afección o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las imágenes con el propósito de mi diagnóstico o tratamiento o para las operaciones de la clínica, incluida la revisión por colegas, educación o programas de capacitación realizados por la clínica.
- 3. Autorización para divulgar información:** por la presente autorizo a MBCHC y a todos los proveedores atendiéndome a divulgar información y / o facilitar la coordinación de mi atención médica con los proveedores de servicios apropiados. Entiendo que MBCHC utiliza recursos de terceros para obtener mi historia clínica cada vez que es necesario, y solo podrá compartir mis datos con esos terceros por motivos médicos.
- 4. Autorización para divulgar información de seguro:** Por la presente autorizo a MBCHC y a todos mis proveedores atendiéndome a divulgar información para completar los formularios de reclamo de seguro.
- 5. Asignación de beneficios de seguro:** por la presente, instruyo y autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos directamente a MBCHC.
- 6. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos.**
- 7. He recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de MBCHC.**
- 8. Como receptor de fondos de subvenciones federales para ayudar a las comunidades marginadas,** se requiere que Morongo Basin Community Health Center reporte anualmente las estadísticas demográficas. Esta información se reporta en total sin ninguna información individual. La información proporcionada en este formulario nos permite contarle a usted y su familia dentro de una categoría de ingresos específica basada en las Pautas Federales de Pobreza. El Programa de escala de descuento en las tarifas también está disponible si usted no tiene seguro o no puede pagar su coseguro o deducible por los servicios prestados.

DIRECTIVAS AVANZADAS

Comprendo que es mi responsabilidad proporcionar a mis proveedores de MBCHC todos los documentos necesarios para llevar a cabo mis Directivas avanzadas.

Soy consciente de que las directivas avanzadas pueden ser una de las siguientes:

- Un poder notarial duradero para la atención médica;
- Declaración en la Ley de Muerte Natural (como un testamento vital); o
- Puedo escribir mis deseos en una hoja de papel para que mi familia pueda usar el documento, al decidir mi tratamiento médico, en caso de que yo no pueda hacerlo.

FIRMAS

He leído y confirmo los términos del Consentimiento de Tratamiento de MBCHC, he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de MBCHC y se me ha ofrecido información sobre directivas avanzadas:

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde del paciente o representante legal: _____

Firma del representante de MBCHC/testigo: _____ Fecha: _____