

Banyan Community Health Center, Inc.

Consentimiento General de Tratamiento, Divulgación de Información Médica y Autorización para el pago de Reclamos y Seguros Médicos

1. Yo, el abajo firmante o tutor legal, autorizo al personal médico y otros empleados de BCHC para que, con el fin de efectuar un diagnóstico, realicen todas las pruebas, tratamientos, procedimientos, y/o estudios que sean necesarios.
2. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, por lo tanto no está totalmente garantizado el resultado de los tratamientos y exámenes que me serán realizados en Banyan Community Health Center, Inc.
3. Autorizo a revelar mi información médica a otras entidades u organismos de salud a donde fuera referido, y doy consentimiento para que mi información médica sea revelada a mi compañía de seguros. Autorizo a revelar mi información (médica y personal) a ciertas agencias del gobierno, si así fuera establecido por los estatutos, normas, regulaciones de BCHC, ó por contrato.
4. Autorizo a revelar mi información médica y financiera para efectos de auditoría.
5. Autorizo a Banyan Community Health Center, Inc. a cobrar reclamaciones pendientes a mi seguro y/o GASTOS MEDICOS MAYORES que de otro modo fueran pagaderos a mí, siempre y cuando las tarifas no excedan a las de este centro de salud y/o a las tarifas médicas vigentes durante mi tratamiento. Estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización tiene la misma validez que la autorización original. Comprendo que en el caso de que la compañía de seguros no aprobara los gastos incurridos durante mi atención médica, yo tendría que asumir plenamente el pago a Banyan Community Health Center.
6. SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE: Autorizo a quien tenga acceso a mi información médica o de otro tipo, a revelar a los Centros de Medicare y Medicaid (CMS) o a sus intermediarios cualquier información que sea necesaria para éste reclamo o para cualquier reclamo subsiguiente al Medicare.
7. AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DOY FE DE QUE ESTA INFORMACION ES VERDADERA Y CORRECTA Y QUE NOTIFICARE A BANYAN COMMUNITY HEALTH CENTER EN CASO DE HABER CAMBIOS EN MI SEGURO, INGRESOS O DE MIS DATOS PERSONALES Y QUE ESTE CONSENTIMIENTO LO ESTOY DANDO EN EL IDIOMA DE MI PREFERENCIA.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del tutor legal: _____

Testigo: _____