

## **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ en capacidad de padre/madre o tutor(a) legal de \_\_\_\_\_, por el presente doy mi consentimiento para que se lleven a cabo todos los tratamientos y procedimientos, tanto clínicos como quirúrgicos, que sean necesarios, incluidos, a título enunciativo, pero no limitativo, operaciones, tratamientos médicos, exámenes radiológicos, administración de anestesia, procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos y prestación de servicios como paciente ambulatorio o ingresado, por parte o bajo las instrucciones generales o específicas de los médicos o cirujanos que me atienden a mí o a mi hijo(a), durante esta hospitalización o consulta en calidad de paciente ambulatorio. Además, convengo en acatar las normas de la instalación médica diseñadas para mejorar la atención y seguridad de los pacientes, así como en que se eliminen, de la forma pertinente, cualesquiera muestras o materiales biológicos que se hayan extirpado durante mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo(a).

## **CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DEJEN MENSAJES**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a UHZ Sport Medicine Institute para que:

Deje un mensaje en mi contestadora automática con respecto a mi próxima consulta, información sobre mi cuenta y/o los resultados de mis pruebas.	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Deje un mensaje con quien conteste el teléfono en mi residencia.	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Deje un mensaje en mi centro de trabajo.	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Confirmar mi turno con el medico por el medio de correo electrónico y por medio del teléfono celular.	<b>Sí</b>	<b>No</b>

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO**

Autorizo el pago de beneficios de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro que se me deban abonar por los servicios prestados que sean considerados necesarios por los médicos que me atienden a mí o a mi hijo(a), directamente a esta instalación médica y a sus afiliadas, a los médicos a cargo y consultores, así como a los profesionales de la salud asociados. En aquellos casos en que sean aplicables los BENEFICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID, certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago conforme al Título XVII o XIX de la Ley del Seguro Social es correcta, y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga directamente a esta instalación médica y a sus afiliadas, a los médicos a cargo y consultores, así como a los profesionales de la salud asociados, en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
**Iniciales**

## **GARANTÍA DE PAGO**

Garantizo el pago de cualesquiera y de todos los cargos en que haya incurrido, que no estén cubiertos o no estén autorizados por mi seguro, o por Medicare, de haberlos, a esta instalación médica y a sus afiliados, a los médicos a cargo y consultores, así como a los profesionales de la salud asociados. Esto incluye cualquier denegación de pago debido a que no hubiera necesidad médica o precertificación/autorización (según pueda determinarlo una organización revisora), a la no afiliación con una HMO, o a cualquier otra restricción impuesta como condición de mi cobertura. Además, se da por acordado que, si esta cuenta fuera remitida a una agencia de cobro, yo pagaré los costos de cobro, incluyendo costas de litigio y honorarios razonables de abogados en casos procesales y de apelación. Usted puede solicitar una factura desglosada al Departamento de Servicios Financieros del Paciente.

## **AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por este medio hago constar que se me entregó una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Baptist Health, en el cual se explica la forma en que Baptist Health puede usar y revelar información sobre mi salud, conforme a las leyes federales. Dado que Baptist Health persiste en sus esfuerzos de buena fe para cumplir con los requisitos de las leyes federales en cuanto a privacidad, por este medio doy mi consentimiento para que se use y revele información sobre mi salud, a los fines y actividades que permitan dichas leyes, los que se explican en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Baptist Health.

## **ELECCIÓN DE PROVEEDOR DEL PACIENTE:**

El Paciente ha sido informado de que tiene derecho a elegir un proveedor de equipos médicos duraderos ("DME"). Los DME incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos, calzado posquirúrgico y zapatos ortopédicos. Para comodidad de los pacientes, hay un proveedor de DME en la oficina del propio UHZ Sports Medicine Institute ("UHZ"). El Paciente puede optar por este proveedor de DME, o bien buscar otro proveedor externo. Es el Paciente quien deberá elegir a su proveedor de DME. Si el Paciente elige al proveedor de DME del UHZ, este recibirá una **factura por separado** de dicho proveedor por los equipos y servicios que le proporcione al Paciente. Los DME pudieran o no estar cubiertos por el seguro del Paciente (de tenerlo). El proveedor de DME del UHZ **no** está afiliado con el UHZ, ni con los médicos del mismo, con Doctors Hospital ni con Baptist Health South Florida.

---

**Iniciales**