



Consentimiento para el tratamiento, pago y Aviso de prácticas de privacidad
(Uso para servicios ambulatorios que no se prestan en hospitales)

Para tratar:

Yo, por mí mismo, (o el paciente nombrado abajo) por la presente doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento médico que puede incluir los exámenes, tratamientos y procedimientos de diagnóstico que los médicos u otros proveedores apropiados de Advocate Aurora Health me aconsejaron y consideraron médicamente necesarios. Entiendo que los proveedores de atención médica en formación pueden, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en mi tratamiento.

Revelación de información:

Por la presente autorizo a Advocate Aurora Health a revelar cualquier información médica que se considere necesaria para procesar los reclamos de seguros (incluyendo la información del tratamiento por abuso de drogas, abuso de alcohol o enfermedades mentales).

Autorización de pago:

Además, autorizo el pago de cualquier beneficio de seguro médico directamente a Advocate Aurora Health por los servicios prestados a mí o a mi dependiente. Esta autorización se aplica a cualquier beneficio de seguro que estuviera vigente en el momento de la prestación de los servicios.

Pago:

Por la presente, acepto pagar la totalidad del saldo de mi cuenta según las políticas de pago y crédito de Advocate Aurora Health, que pueden incluir honorarios razonables de abogados. El saldo adeudado incluye disposiciones establecidas por mi compañía de seguros, como copagos, deducibles y asignación "habitual y de costumbre". Advocate Aurora Health se reserva el derecho de cambiar tarifas y políticas sin previo aviso.

Servicios de proveedores independientes:

Reconozco y entiendo completamente que solo aquellos médicos/proveedores que están claramente identificados como empleados de Advocate Aurora Health son agentes de Advocate Aurora Health. Los médicos/proveedores no empleados son proveedores independientes que pueden usar las instalaciones de Advocate Aurora para dar atención y tratamiento médico. Estos médicos/proveedores independientes ejercen su propio criterio médico al tratarme o al prestarme servicios profesionales. Entiendo que debo hacerle a mi médico cualquier pregunta que tenga sobre su situación laboral. Mi decisión de buscar atención médica no se basa en ningún entendimiento, representación, publicidad, campaña en los medios, inferencia, presunción o confianza de que los médicos/proveedores que me atienden son empleados o agentes de Advocate Aurora Health.

Aviso de prácticas de privacidad:

Reconozco que Advocate Aurora Health me dio una copia de su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que el Aviso describe las prácticas de privacidad de Advocate Aurora sobre el uso o revelación de la información médica del paciente.

Con mi firma abajo, consto que he leído, entiendo y estoy de acuerdo a cumplir con los términos de este formulario de consentimiento, incluyendo el lenguaje específico relacionado a los servicios de médicos independientes. He tenido oportunidad para hacer preguntas, y toda pregunta fue contestada satisfactoriamente.

Date Fecha Time Hora Patient Signature Firma del paciente

Date Fecha Time Hora Legal Representative Representante legal Relationship to Patient Relación con el paciente

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date Time Interpreter Name ID#

