

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

1. CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA MÉDICA, ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO Doy mi consentimiento

voluntario para todos y cada uno de los tratamientos de atención médica y procedimientos de diagnóstico, incluyendo pero no limitado a terapia médica, exámenes médicos y pruebas, proporcionados por Sage Infusion, LLC DBA Sage Elevate (el "Centro de Infusión") y sus médicos, proveedores, enfermeras y clínicos asociados (colectivamente, los "Clínicos"). Entiendo que en muchos casos los Clínicos están llevando a cabo órdenes de mi proveedor de atención médica referente. Aunque espero que la atención brindada cumpla con los estándares habituales, entiendo que no hay garantías con respecto a los resultados de mi atención. También entiendo que si no sigo las recomendaciones de mi proveedor referente o de los Clínicos, ya que pueden estar relacionadas con mi salud, el Centro de Infusión y los Clínicos no serán responsables de ninguna lesión o daño que sea el resultado de mi incumplimiento. Después de 30 días, los medicamentos, de los cuales Sage Infusion, LLC, que opera bajo el nombre de Sage Elevate, actúa como custodio temporal, que no se reclamen mediante una cita confirmada o una solicitud por escrito para su devolución, se considerarán propiedad de Sage Infusion, LLC, que opera bajo el nombre de Sage Elevate. Entiendo que si algún empleado o persona asociada con el Centro de Infusión se expone a mi sangre o fluidos corporales, se me realizarán pruebas para detectar los virus de la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También entiendo que recibiré información sobre estas pruebas y que no se me cobrará por las pruebas ni por la educación relacionada con la exposición.

Finalmente, entiendo que puedo negarme a firmar este Consentimiento del Paciente; sin embargo, entiendo que sin mi firma legal, el Centro de Infusión no podrá brindarme tratamiento y mi cita será cancelada. Entiendo que cualquier medicamento no utilizado después de 30 días será propiedad del Centro de Infusión para su administración.

2. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO EN UN ÁREA DE TRATAMIENTO ABIERTA

Reconozco y entiendo que el Centro de Infusión proporciona terapia de infusión y atención médica en un entorno de tratamiento abierto. A pesar de las medidas de seguridad y de ejercer un cuidado razonable, siempre es posible que en el Centro de Infusión obtenga información sobre otros pacientes o que ellos, sin darse cuenta, obtengan información sobre mí. En todos los casos, el Centro de Infusión espera y exige que sus pacientes mantengan estricta confidencialidad sobre cualquier información médica de terceros que se divulgue inadvertidamente.

3. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR, VIDEOGRABAR O GRABAR. Autorizo al

Centro de Infusión a fotografiarme, videograbarme o grabarme y acepto que las imágenes, videos o grabaciones se utilicen con fines médicos (incluyendo capacitación, educación o investigación). Por la presente, libero al Centro de Infusión, a sus empleados, médicos y demás personas autorizadas de cualquier responsabilidad derivada de la toma y el uso autorizado de dichas imágenes, videos o grabaciones. Asimismo, se podrá utilizar la videovigilancia en las instalaciones con fines de seguridad. En caso de sospecha de delito, las autoridades competentes podrán solicitar la grabación de dicho video.

4. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Divulgación de Historias Clínicas. Entiendo que el Centro de Infusión puede colaborar con otros profesionales de la salud para coordinar, gestionar y brindarme atención médica, y doy mi consentimiento voluntario para que el Centro de Infusión comparta mi información y registros médicos, ya sea electrónicamente o de otro modo, para fines de tratamiento, pago, operaciones y otros fines, según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Infusión. Doy mi consentimiento para que se incluya en mi historia clínica electrónica cualquier diagnóstico confidencial e información relacionada, como estado de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información genética, salud mental y abuso de sustancias, etc. Entiendo que mis registros médicos electrónicos serán accesibles para nuestros médicos y otro personal del Centro de Infusión, así como para las personas autorizadas para acceder a dichos registros con fines relacionados con el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y otros fines, según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Infusión. Entiendo que toda la información contenida en mis registros médicos es propiedad del Centro de Infusión.

Uso y divulgación de la información. Además, reconozco y acepto que el Centro de Infusión puede usar y divulgar mi información médica para diversos fines, entre ellos: tratamiento, verificación de elegibilidad y pago a aseguradoras privadas y públicas o sus agentes, incluyendo compañías de seguros, organizaciones de atención médica administrada, mi empleador (si sufro una lesión laboral), programas gubernamentales estatales y federales, programas de compensación laboral, evaluación y mejora de la calidad de la atención, evaluación del desempeño de las cualificaciones de los profesionales clínicos, realización de programas de capacitación y formación médica y de enfermería, realización o gestión de revisiones médicas y servicios de auditoría, garantía del cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y de acreditación, y servicios de salud pública y supervisión sanitaria. Todos estos usos y divulgaciones se describen con más detalle en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Infusión.

Solicitud de información de terceros. Doy mi consentimiento para que el Centro de Infusión solicite mi información médica a otros profesionales de la salud que me atienden, para que reciba y divulgue mi información médica, ya sea escrita, verbal o electrónica, para los fines descritos anteriormente, y para que el Centro de Infusión participe en cualquier intercambio de información médica descrito en su Aviso de Prácticas de Privacidad.



Comunicación con el Centro de Infusión. Doy mi consentimiento para recibir llamadas, mensajes de texto, correos electrónicos y otras comunicaciones automatizadas del Centro de Infusión. Esto puede incluir recordatorios sobre próximas citas, preguntas sobre la cobertura del seguro y la experiencia de servicio.

5. ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro de infusión, que proporciona información sobre cómo el Centro de Infusión puede usar o divulgar mi información médica. Entiendo que mi firma a continuación...
Representa mi consentimiento al Aviso de prácticas de privacidad del Centro de infusión.

6. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, asigno y autorizo el pago de todos los beneficios de seguro y atención médica disponibles para mí directamente al Centro de Infusión.
Por los servicios que me fueron prestados. Entiendo que, si no presento esta autorización, se me podrían pagar beneficios directamente.

7. RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable del pago de todos los cargos incurridos que no sean pagados por el seguro o beneficios de atención médica, incluidos todos y cada uno de los productos (por ejemplo, medicamentos) proporcionados o servicios prestados que no sean elegibles para pago (no cubierto) bajo planes de atención médica, Medicare, Medicaid u otros seguros o pagadores (por ejemplo, servicios prestados por proveedores de atención médica que no participan en mi plan de seguro). Los productos y servicios no cubiertos también pueden incluir aquellos productos y servicios que el Centro de Infusión y los Médicos determinan inicialmente como médicalemente necesarios pero que son Posteriormente, mi seguro o aseguradora lo determinará innecesario o lo rechazará. Nos reservamos el derecho a negarnos a prestar servicios en cuentas que se encuentran en mora.

8. OBJETOS DE VALOR PERSONALES

Entiendo que el Centro de Infusión no acepta responsabilidad por ningún artículo personal perdido, robado o dañado mientras estoy allí.
El Centro de Infusión.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

(Imprimir)

Dirección del paciente:

Dirección de la calle: _____

Ciudad: _____

Cremallera: _____

Móvil: _____

Correo electrónico: _____

X _____

Firma del paciente o firma del representante legal

Fecha de hoy

Si está firmado por el representante legal, relación con el paciente (por ejemplo, padre, cónyuge, etc.):

(Imprima su nombre y proporcione la relación)