

Integrity Urgent Care

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO Y PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

AUTORIZO EL TRATAMIENTO MÉDICO SEGÚN ES NECESARIO Y ADECUADO POR LOS MÉDICOS DE INTEGRITY URGENT CARE Y SUS EMPLEADOS QUE PARTICIPAN EN MI CUIDADO.

Con mi consentimiento, Integrity Urgent Care, puede usar y divulgar Información Médica Protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Integrity Urgent Care para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.

Con mi consentimiento, Integrity Urgent Care puede llamar a mi hogar u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, como recordatorios de citas, seguros artículos y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Integrity Urgent Care puede transmitir cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica como recordatorios de citas, artículos de seguros, recordatorios de estados de cuenta y cualquier información relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros. :

**POR FAVOR, LISTE LA PERSONA (S) CON LA QUE PODEMOS HABLAR EN SU NOMBRE
(POR FAVOR, LISTE AMBOS PADRES O TUTORES PARA PACIENTES MENORES)**

Nombre

Relacion a paciente

Nombre

Relacion a paciente

Con mi consentimiento, Integrity Urgent Care puede enviar por correo a mi hogar u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, siempre y cuando estén marcados.

Con mi consentimiento, autorizo a Integrity Urgent Care a divulgar información médica relacionada con la atención y el tratamiento que he recibido de esta oficina a los médicos que figuran en el formulario de registro de pacientes.

Tengo derecho a solicitar que Integrity Urgent Care restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Sin embargo, no se requiere que la práctica acepte mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Integrity Urgent Care. Entiendo que soy completamente responsable de cualquier cargo médico o quirúrgico incurrido en el curso de mi tratamiento, incluidos aquellos que se consideren rechazados, copagos, deducibles u otro tipo de servicio no pagado en exceso de cualquier hospitalización o seguro de salud que pueda ser aplicable.

Por la presente autorizo a mi médico a divulgar la información pertinente a mis compañías de seguro de salud requerida en el curso de mi examen o tratamiento.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho revelaciones en función de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Integrity Urgent Care tiene derecho a negarme a brindarme tratamiento.

Al firmar este formulario, consiento el uso y la divulgación de Integrity Urgent Care de mi información médica personal para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha

Nombre impreso del paciente / tutor legal

Testigo