



**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PARTE DEL PACIENTE**

Fecha del nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO AL DEPARTAMENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO PARA RECIBIR TRATAMIENTO:** El infrascrito está bajo el cuidado de sus médicos tratantes y por este medio da su consentimiento y autoriza a Penn State Health para que brinde los tratamientos médicos necesarios (incluyendo los servicios del Departamento de emergencias), los procedimientos quirúrgicos, la anestesia, los tratamientos o exámenes de rayos X, los procedimientos de laboratorio, los servicios de telemedicina, los medicamentos y suministros al paciente según lo ordene o solicite el personal clínico profesional de Penn State Health. Reconozco que no se han dado garantías ni seguridad con relación a los resultados de los tratamientos médicos, las cirugías ni los exámenes. Con el fin de que se adquiera conocimiento médico avanzado, doy mi consentimiento a la presencia de estudiantes de medicina y otros aprendices de atención médica. Comprendo que ellos pueden participar en mi atención médica, bajo la supervisión directa de mis médicos tratantes

**CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER, REVISAR Y RETENER INFORMACIÓN PREVIA SOBRE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA:** Doy mi consentimiento y autorizo a los proveedores de atención médica de Penn State Health para que revisen y accedan a cualquier parte de mi información del historial electrónico de medicamentos con receta médica, que pudiera estar disponible en la Base de datos de Surescripts, incluyendo pero sin limitarse a, las recetas médicas que se me ordenaron o surtieron en cualquier farmacia que participe en la Base de datos de Surescripts. Comprendo que esta información histórica de las recetas médicas será entonces parte permanente de mi expediente médico electrónico en Penn State Health.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Reconozco que Penn State Health me ha brindado información por escrito sobre mis derechos y responsabilidades como paciente. Soy consciente de que hay disponible un Representante de pacientes si tengo preguntas adicionales o si de alguna otra manera deseo hablar con dicho representante.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EL EXPEDIENTE MÉDICO:** Reconozco que el Aviso de Privacidad de Penn State Health se ha puesto a mi disposición. Comprendo que Penn State Health puede divulgar información sobre mí y sobre el tratamiento que estoy recibiendo, con el propósito de brindar tratamiento continuo, de que se realicen los pagos y las operaciones de atención médica.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Asigno y autorizo el pago directamente a Penn State Health. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otra información sobre mí para que divulgue a mi compañía aseguradora y sus agentes, o a cualquier entidad con la que Penn State Health tenga contratos para proporcionar servicios clínicos a sus pacientes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios para los servicios relacionados.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA INDIVIDUAL:** Comprendo que soy financieramente responsable por el deducible, coaseguro y copagos de mi seguro de salud, los que son pagaderos en el momento de recibir el servicio. Si mi seguro de salud requiere una remisión, debo obtenerla y presentarla en el momento de mi visita. En caso de que mi seguro de salud determine que un servicio "no es pagadero", seré responsable por el pago de los costos de todos los servicios proporcionados. Si no tengo seguro de salud o si mi seguro de salud no puede verificarse, acepto pagar los servicios médicos que me presten en el momento del servicio.

Usted acepta, para que podamos atender su cuenta o para cobrar cualquier monto que deba, que podemos comunicarnos con usted por teléfono a cualquier número de teléfono asociado con su cuenta, incluyendo los números de teléfono inalámbrico, lo que podría ocasionarle cargos. También podemos comunicarnos con usted mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico que nos proporcione. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Yo, el infrascrito, certifico que leí, comprendí y estoy de acuerdo con las disposiciones que contiene este formulario de consentimiento. Me explicaron por completo los asuntos abordados en este formulario. Tuve la oportunidad de hacer preguntas, y a todas las preguntas las respondieron a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o firma de la persona que autoriza en nombre del paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que firma, en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si corresponde

\_\_\_\_\_  
Testigo de la firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora



**AUTORIZACIÓN PARA TRANSMITIR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL POR MEDIOS ALTERNATIVOS**



**PennState Health**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nac.:** \_\_\_\_\_  
**Centro:** \_\_\_\_\_ **N.º de exp. méd.:** \_\_\_\_\_

En ocasiones, puede ser necesario que un representante de este centro de Penn State Health Medical Group se comunique con los pacientes para diversos fines de notificación que podrían incluir Información médica protegida, como:

- Recordatorios/Confirmación/Reprogramación de citas médicas
- Información sobre renovaciones/recordatorios de recetas
- Resultados de análisis de laboratorio
- Solicitudes en las que se le pida que llame al médico por otros asuntos

Quisiéramos saber cómo podemos comunicarnos con usted y a quién podemos dejarle un mensaje o con quién podemos compartir los datos sobre su Información médica protegida.

Autorizo a los proveedores o al personal de este centro a que se comuniquen conmigo y a que dejen mensajes, que podrían incluir Información médica protegida en relación con mi atención, a través de los métodos indicados a continuación.

Autorizo a que este centro comunique Información médica protegida detallada por los siguientes medios:

**Marque y complete todas las opciones que correspondan:**

	<b>Método</b>	<b>Número con código de área</b>
<input type="radio"/>	Teléfono del hogar/Mensaje de voz	
<input type="radio"/>	Teléfono celular/Mensaje de voz	
<input type="radio"/>	Teléfono del trabajo/Mensaje de voz	
<input type="radio"/>	Otro _____	
<input checked="" type="radio"/>	*Correo electrónico	<b>Mediante el Portal del paciente ÚNICAMENTE</b>

**\*Entiendo que Penn State Health Medical Group solo usará el Portal del paciente para transmitirles mensajes de correo electrónico a los pacientes.**

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD CON DETERMINADAS PERSONAS**

Además, autorizo a que las siguientes personas reciban mi Información médica protegida:

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Número con código de área</b>

Al firmar a continuación, reconozco y entiendo que esta Autorización se mantendrá como parte de mi expediente médico y que las instrucciones sobre comunicación arriba indicadas permanecerán en vigor hasta que yo las anule por escrito. Es mi responsabilidad notificar a Penn State Health Medical Group (PSHMG) si se producen cambios en mi información de contacto.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del representante legalmente autorizado** **Fecha**

**Nombre en letra de imprenta**

Entiendo que tendré la oportunidad de dar autorización sobre la PHI (Información médica protegida) a cada centro dentro de PSHMG y que completaré una autorización por separado para cada uno.