

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

AUTORIZACIÓN PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo la administración de tratamiento médico por el Grupo Médico US HealthWorks (USHW), sus afiliados, médicos y empleados. Este tratamiento puede incluir cualquier examen médico, prueba o procedimiento médico necesario ordenado por los médicos para ser cumplidos por los empleados de USHW. Entiendo que puedo rehusar al tratamiento en cualquier momento. Si vengo por un exámen de drogas no regulatorio, autorizo a USHW a obtener una muestra de mi orina, sangre, saliva, aliento, pelo o cualquier otra muestra para determinar la presencia de drogas y/o alcohol. Entiendo que ciertos exámenes médicos (tales como exámenes de condición física, escolares y para deportes), y otros servicios no tienen el fin de diagnosticar o sustituir el tratamiento de mi médico personal o privado.

ACEPTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He leído, a se me ha dado la oportunidad de leer el **Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de US HealthWorks**. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ellas y he recibido respuestas satisfactorias. Puedo solicitar una copia o ver la versión electrónica en www.ushealthworks.com.

ACUERDO DE ASIGNACION DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

- Si estoy siendo tratado como un paciente de urgencia por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, y tengo seguro medico, asigno todo pago a USHW de acuerdo a los términos aplicables de mis pólizas de seguro médico.
- Si estoy siendo tratado como un paciente de urgencia por una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo, y **no** tengo seguro médico, entiendo que soy responsable por el pago de servicios. Tengo el derecho de solicitar el costo de los servicios antes de someterme al tratamiento.
- Si estoy siendo tratado por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, USHW obtendrá pago de la entidad responsable, la cual típicamente es el empleador a su aseguradora de compensación al trabajador. Los pacientes pudieran ser responsables por el pago solo en caso de estar permitido por leyes estatales o federales.
- Si estoy recibiendo servicios requeridos por el empleador, tales como pruebas de drogas, exámenes físicos, vigilancia médica, etc., USHW obtendrá pago por el empleador. Los pacientes pudieran ser responsables por el pago solo en caso de estar permitido por leyes estatales o federales.
- Si soy responsable por el pago de servicios y my cuenta es pasada a una agencia de cobranzas, entiendo que podría tener que pagar gastos por cobranzas incurridos por USHW.

FIRMA

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

