

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento
del cliente

Nombre de el/los tutor(es) legal(es) (en letra de imprenta)

Por favor no dude en consultar si no comprendiera algún aspecto de las siguientes secciones.

AUTORIZACIONES

Autorización para tratamiento

Otorgo mi consentimiento para que Fraser brinde atención médica al cliente antes mencionado. Dicha atención médica puede constar de procedimientos diagnósticos habituales y otro tratamiento que el médico u otro profesional de la salud de Fraser considere necesario. Otorgo mi consentimiento para recibir, en caso de que se me ofrezcan, los servicios médicos a través de los sistemas de *telehealth* que brindan atención médica mediante la comunicación electrónica con un profesional de la salud que se encuentra en otro lugar. Entiendo que la atención médica no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía en cuanto a los exámenes o tratamientos de Fraser.

Entiendo que:

- Ningún procedimiento importante se le realizará a un cliente hasta que este o la parte responsable haya tenido la oportunidad de conversar al respecto detalladamente con el médico u otro profesional de la salud. Es posible que las situaciones de emergencia sean una excepción. Cada cliente o parte responsable tiene el derecho de otorgar o negar su consentimiento para cualquier procedimiento o tratamiento que se proponga.

Autorización para la divulgación de información médica

Entiendo que estos registros están protegidos por las leyes estatales de Minnesota y las reglamentaciones de la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA) y que no se pueden divulgar sin mi autorización por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. Autorizo a Fraser a divulgar, según sea necesario, mi información médica a:

- Todos los pagadores para tramitar reclamos sobre la atención médica;
- La(s) persona(s) designada(s) como mi destinatario de la facturación/garante para coordinar la facturación, el pago y la cobertura de la atención médica de mi cuenta;
- Organizaciones de acreditación y calidad, agencias reguladoras, agencias de información sobre salud pública u otras personas o entidades para actividades relacionadas con la atención médica;
- Mis otros proveedores de atención médica para fines relacionados con tratamientos o pagos; y
- Entidades de Fraser con la finalidad de que proporcionen información sobre los servicios de Fraser que me puedan interesar.

Entiendo que, si esta información se divulga a un tercero, es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y que la persona o entidad que la reciba la vuelva a divulgar.

Entiendo que el presente documento tendrá una vigencia de un (1) año a partir de la fecha en que se suscribe. Puedo anular o modificar este documento solo a través de una notificación por escrito al Departamento de Gestión de Información Médica de Fraser (*Fraser Health Information Management*).

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Autorización para el pago

Acepto ser responsable del pago de todos los servicios brindados, así como de cualquier importe que no sea pagado por mi(s) plan(es) de atención médica, aparte de los términos y restricciones de facturación contemplados en un programa gubernamental. Autorizo a Fraser a disponer de cualquier saldo acreedor en mi cuenta para pagar cualquier importe que pueda adeudar a una o más de sus entidades. Acepto que Fraser pueda obtener información financiera para determinar la posibilidad de brindar una ayuda económica y/u opciones de pago. Se puede obtener mayor información sobre la ayuda económica llamando al 612-767-7222.

Autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros a pagar directamente a Fraser por mi tratamiento. Acepto y entiendo:

- Que debo proporcionar a Fraser información completa y precisa sobre la cobertura de mi seguro de atención médica.
- Que soy responsable de conocer los beneficios que mi plan de seguro privado cubre.
- Que si Fraser tuviera conocimiento de otro seguro médico vigente, tramitará los reclamos según corresponda.
- Que los copagos y los deducibles deben pagarse en el momento en que se brinda el servicio.

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento
del cliente

Nombre de el/los tutor(es) legal(es) (en letra de imprenta)

En caso sea un beneficiario(a) de Medicare, solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mí o, en mi representación, a Fraser por cualquier servicio brindado. Si mi(s) plan(es) de atención médica no permitiera(n) el pago directo a Fraser o si este optara por no aceptar la asignación de los beneficios médicos, acepto pagar a Fraser el costo de todos los servicios que haya recibido.

Entiendo que necesito notificar a Fraser si se producen cambios en mi seguro de atención médica o modificaciones legales que afecten mi bienestar/el bienestar de mi hijo(a). Además, entiendo que es posible que Fraser necesite verificar la tutela legal del cliente a través de documentación.

Otorgo mi consentimiento para que Fraser divulgue información de los registros médicos del cliente antes mencionado a *Medical Assistance* (Asistencia Médica), otros pagadores gubernamentales, compañías o planes de seguros médicos privados u organizaciones que actúen en mi representación, según sea necesario, para determinar los beneficios y tramitar reclamos.

Practicante clínico

Acepto y otorgo mi consentimiento para que yo/mi hijo(a) sea tratado(a) por un practicante clínico de Fraser en busca de una licencia o acreditación. En este caso, los servicios se brindarán bajo la supervisión clínica de un profesional acreditado designado para ese fin. Entiendo que los servicios se facturarán con la misma tarifa que la de un proveedor/supervisor acreditado.

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Acepto que Fraser me ha proporcionado una copia de la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad de Fraser (“Notificación”):

- La Notificación explica de manera más detallada cómo Fraser puede utilizar y compartir mi información médica/la información médica de mi hijo(a) para fines distintos a los relacionados con el tratamiento, los pagos y las actividades propias de la atención médica.
- Fraser también utilizará y compartirá mi información médica según la ley lo exija o permita.
- Se me ha brindado la oportunidad de realizar cualquier pregunta que tenga sobre esta notificación.

USO DE REGISTROS MÉDICOS EN INVESTIGACIONES

Las investigaciones conducen a nuevas y mejores maneras de diagnosticar y tratar afecciones. Los adelantos dependen de las investigaciones que utilizan registros médicos. Si permito el uso de mi información/la información de mi hijo(a) para investigaciones, esta se debe gestionar según las leyes estatales y federales. Por ejemplo, mi identidad/la identidad de mi hijo(a) estaría protegida en los resultados que se publiquen de las investigaciones. El hecho de que no permita la divulgación de mi información no identificable para fines de investigación, no afectará mi capacidad de participar en los servicios de Fraser. Si decido no hacerlo, puedo informarle a un miembro del personal de Fraser al momento del registro o al Departamento de gestión de información médica que no deseo que mis datos no identificables/los datos no identificables de mi hijo(a) se incluyan en investigaciones.

Al suscribir el presente documento, acepto que le otorgo mi consentimiento a Fraser para que brinde tratamiento. Entiendo y acepto los términos de este documento. Entiendo que tengo el derecho de revocar las autorizaciones que figuran en este documento en cualquier momento, notificando por escrito al Departamento de gestión de información médica de Fraser.

Firma del cliente

Fecha

Firma del representante del cliente

Fecha

Escribir en letra de imprenta el nombre del representante del cliente (si
corresponde)

Relación