Consentimientos y reconocimientos generales

_____ _____
Nombre del paciente **Fecha de nacimiento**

Autorización y consentimiento para la atención médica
Por la presente, autorizo a Oregon Ear, Nose & Throat Center y a otros proveedores afiliados o de otro tipo a divulgar cualquier información obtenida durante mi tratamiento a mi compañía de seguros, empleador o pagador externo, según sea necesario para la tramitación de reclamaciones, la garantía de calidad, la administración del plan de salud o la gestión de quejas y reclamaciones. Comprendo que la información específica que se divulgará puede incluir, entre otros datos, el historial, el diagnóstico y/o el tratamiento de todas las enfermedades relacionadas, incluidas la infección por el virus del VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Autorizo el pago directo a Oregon Ear, Nose & Throat Center o a otros proveedores por todos los servicios médicos o quirúrgicos prestados. Comprendo que, si algún servicio o cargo no está cubierto, o si Oregon Ear, Nose & Throat Center no puede verificar la elegibilidad, seré responsable de todos los cargos incurridos por los servicios prestados. Comprendo que mi médico ejerce como médico tratante en hospitales que podrían no formar parte de la red de mi plan de seguro. Comprendo que tengo la opción de recibir atención en un centro dentro o fuera de la red y que, si tengo alguna pregunta al respecto, puedo consultar a mi médico o comunicarme con el Departamento de Facturación de Oregon Ear, Nose & Throat Center para obtener más información. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir dicha atención médica, que abarca los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento por parte de mis médicos, así como de sus asociados, asistentes y proveedores de atención médica, según lo considere necesario mi médico. He confiado en la información proporcionada por mis médicos a este respecto y reconozco que no se me ha ofrecido ninguna garantía ni promesa en cuanto al resultado o la curación. Se me ha explicado detalladamente este formulario y certifico que comprendo su contenido.
_____ (Por favor, ponga sus iniciales.)

Acuse de recibo de la revisión del Aviso de prácticas de privacidad
He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina, el cual explica cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
_____ (Por favor, ponga sus iniciales.)

Consentimiento para la revisión del historial de recetas de fuentes externas
Autorizo a Oregon Ear, Nose & Throat Center a consultar mi historial de recetas proveniente de fuentes externas. Esta autorización permanecerá vigente hasta que el paciente o su representante personal notifique por escrito a Oregon Ear, Nose & Throat Center sobre cualquier cambio en la divulgación de dicha información.
_____ (Por favor, ponga sus iniciales.)

Consentimiento para comunicaciones por mensaje de texto
Autorizo a Oregon Ear, Nose & Throat Center a comunicarse conmigo mediante mensajes de texto a mi teléfono móvil. Las comunicaciones pueden incluir recordatorios de citas e información financiera.
_____ (Por favor, ponga sus iniciales.)

Telemedicina
Al firmar a continuación, reconozco que se puede utilizar la telemedicina (definida como el uso de información médica intercambiada entre distintos lugares mediante comunicaciones electrónicas para la salud del paciente, incluidos servicios de consulta, diagnóstico y tratamiento) para facilitar mi atención médica. Toda transmisión electrónica de datos se limitará a destinatarios autorizados, en cumplimiento de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y de las leyes estatales de privacidad aplicables.

Fotografía
Autorizo que se tomen fotografías o videos y que estos se utilicen en mi expediente médico o con fines de autorización.

_____ _____

Nombre del paciente **Fecha de nacimiento**

Consentimiento para la comunicación de información de salud protegida

Doy mi consentimiento al Centro de Otorrinolaringología de Oregón para que divulgue mi información médica protegida a las personas o centros que se enumeran a continuación. Esto incluye los resultados de pruebas de laboratorio, diagnósticas y/o terapéuticas, incluidas las pruebas de VIH, así como mi estado de salud. POR FAVOR, INDIQUE A CONTINUACIÓN EL NOMBRE COMPLETO DE LA(S) PERSONA(S), SU NÚMERO DE TELÉFONO Y SU RELACIÓN CON USTED: (Si no desea que se divulgue su información, escriba "no divulgar").

--- --- ---

--- --- ---

--- --- ---

Nombre Relación Número de teléfono

Cargo por no presentarse

Es posible que se le cobre un cargo de $35 si no notifica a Oregon Ear, Nose & Throat, con al menos 24 horas de antelación a su cita programada, que no podrá asistir. Si usted está inscrito en un plan de salud financiado por el gobierno, está exento de esta política.

Aviso a los pacientes

Los médicos cuentan con licencia y están regulados por la Junta Médica de Oregón (Medical Board of Oregon). Para verificar una licencia o presentar una queja, visite https://www.oregon.gov/omb, envíe un correo electrónico a info@omb.oregon.gov o llame al (877) 254-6263.

Reconocimiento y firma:

_____ _____

Firma del paciente o tutor Fecha