

CENTRO DE SALUD FAMILIAR LA FE, INC.
CONSENTIMIENTO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Yo _____ autorizo al Centro de Salud Familiar La Fe, Inc., proveedores de servicios
(Letra de Molde)

de salud y otro personal clinico que proporcione servicios de salud a mi a o los menores de edad nombrados en esta forma de Consentimiento para Diagnostico y Tratamiento por los cuales tengo responsabilidad legal. Los servicios de salud puede incluir, sin limitacion asesoramientos de salud fisicos y mentales, procedimientos de diagnostico o monitoreo, exámenes y tratamientos medicos y dentales, procedimientos y pruebas de rutina de laboratorio, radiografías, administración de medicamentos, y procedimientos y tratamientos ordenados por los proveedores de servicios de salud del Centro. Los servicios de salud podran incluir consejeria. Yo voluntariamente requiero y consiento por estos servicios. Yo he leído y entiendo lo que estoy firmando. Yo entiendo que no hay garantías para estos servicios. Este consentimiento para Diagnostico y Tratamiento es valido y continua en efecto durante el tiempo que yo sea paciente de este Centro, hasta que yo revoque este consentimiento, o hasta que el Centro cambie sus servicios y me pida que llene un consentimiento Nuevo.

Los adultos abajo mencionados(as) pueden acompañar a los menores de edad incluidos en este Consentimiento para Diagnostico y Tratamiento.

Iniciales

Parentezco

Parentezco

Parentezco

REVELAR INFORMACION Y REQUERIMIENTO DE PAGO

Yo autorizo a cualquier persona que tenga información medica u otra información tocante a mi que la revele a Medicare, Medicaid, Planes de Asistencia Medica Administrada, y/o Aseguranza Privada, o sus intermediarios si es necesario para procesar cobros. Yo requiero que se hagan pagos de beneficios autorizados a mi favor.

Iniciales

**COLECCIONES PARA MEDICAID, MEDICARE, PLANES DE ASISTENCIA MEDICA ADMINISTRADA Y
ASEGURANZA PRIVADA**

Yo entiendo que los servicios o articulos que yo he requerido que se me provean a mi durante el tiempo que sea participante del programa de Medicaid, Medicare, Planes de Asistencia Medica Administrada, y/o Aseguranza Privada probablemente no sean cubiertos por el programa de Asistencia Medica del Estado como servicios razonables y medicamento necesarios para mi salud y/o no son beneficios del programa de Medicaid, del programa de Medicare, Planes de Asistencia Medica Administrada, y la Agencia Privada de Aseguranza. Yo entiendo que el Departamento de Texas y Federal de Servicios Humanos o su agencia aseguradora determina la necesidad medica de los servicios o articulos que yo he requerido.

Tambien entiendo que soy responsable por pagos de servicios o articulos que a mi o miembros de mi familia por los que soy legalmente responsable, si estos servicios o articulos son determinados innecesarios para nuestra salud y/o no son beneficios del Progrma de Medicaid de Texas, Programa Federal de Medicare, Planes de Asistencia Medica Administrada, y/o Agencia de Privada de Aseguranza.

Iniciales

REGISTRACION

Yo certifico que toda la información que he proporcionado durante registraci3n es verdadera y correcta. Yo pagare segun la clasificaci3n de pago asignada cuando los servicios sean proporcionados. Si yo no puedo cumplir con los requisitos mencionados, los servicios medicos/dentales seran suspendidos, excepto en casos de emergencia.

Iniciales

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES AVIOS DE DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL CLIENTE

Yo reconozco haber recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes y del Centro y Aviso de Derechos de Privacidad del Cliente.

Iniciales

Firma de Persona Responsable

Numero Archivo Medico

Fecha

Firma del Esposo(a)

Numero Archivo Medico

Fecha

Empleado(a) Centro de Salud Familiar La Fe, Inc

Fecha

Miembros de Familia Menores de Edad por los cuales yo _____ soy
responsable legalmente: _____
Letra de Molde

Nombre

Numero Archivo Medico

Nombre

Numero Archivo Medico

Nombre

Numero Archivo Medico

Nombre

Numero Archivo Medico

Nombre

Numero Archivo Medico