

# Consentimiento y Autorización para tratamiento en el Centro de Salud de Crossroad (Crossroad Health Center)

**\*\*Por favor firme y ponga la fecha en cada declaración mencionada a continuación. Información adicional con respecto a cada sección será provista en la siguiente página\*\***

1) Yo he leído y entendido la póliza de privacidad de HIPAA y consiento que el centro de salud de Crossroad me provea atención médica.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (18 años o más) o el padre/madre con la custodia del menor

2) Yo he recibido o me he negado a recibir una copia del anuncio de las prácticas de privacidad del Centro de Salud de Crossroad. Nota: El anuncio completo de las prácticas de privacidad del Centro de Salud de Crossroad está disponible en nuestra página de sitio web.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (18 años o más) o el padre/madre con la custodia del menor

3) Yo he leído y entendido la póliza de finanzas del Centro de Salud de Crossroad. Por la presente asigno como mi proveedor de salud y autorizo al centro de Salud de Crossroad a que obtenga mi historial médico requerido para procesar mi reclamo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (18 años o más) o el padre/madre con la custodia del menor

4) Yo he revisado y aceptado la póliza de tardanzas y ausencias del Centro de Salud de Crossroad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (18 años o más) o el padre/madre con la custodia del menor

5) Yo he autorizado al Centro de Salud de Crossroad acceso a mi historial médico.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente (18 años o más) o el padre/madre con la custodia del menor

\* Autorizo a ser contactado de las siguientes maneras. Por favor marque todas que apliquen

Correo de voz: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular/text: \_\_\_\_\_

## Solicitud de confidencialidad

Doy mi autorización al Centro de Salud Crossroad para discutir todos los resultados de laboratorio e información médica a la persona/personas que figuran a continuación.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

# Crossroad Health Center Consentimiento de Oficina

---

## 1) El Consentimiento de tratado:

Doy mi consentimiento para el examen, diagnóstico y atención médica general y el tratamiento (incluyendo, pero no limitado a, los exámenes físicos, la administración de medicamentos, extracciones de sangre, pruebas diagnósticas, análisis de laboratorio y otros procedimientos menores) realizado por el personal de la oficina, incluyendo médicos, enfermeras y asistentes.

### Información sobre la privacidad de Salud:

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) es una ley federal que ofrece protección a su información de salud personal. Reconozco que:

1. Mi información personal de salud puede y será utilizada por el Centro de Salud Crossroad, según sea necesario, para el tratamiento, para obtener pago por ese tratamiento, y para las operaciones de atención de salud de la práctica (esta autorización incluye la divulgación de información sobre el tratamiento de abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, y/o condiciones relacionadas con el VIH);
  2. Mi información médica personal será compartida con otros afiliados del Centro de Salud Crossroad con el propósito de promover mi tratamiento;
  3. Mi médico le avisará a las autoridades competentes y/u otras personas si él/ella determina que soy un peligro para mí mismo o para los demás;
  4. Mi imagen u otro tipo de grabación pueden ser tomadas por los empleados o proveedores del Centro de Salud Crossroad por razones que incluyen, pero sin limitarse a, la identificación del paciente, la asistencia en el diagnóstico/tratamiento, la documentación de las condiciones presentes a su llegada, y en la práctica de propósitos internos.
- 

## 2) Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)

Uno de los requisitos de HIPAA es que le demos una Notificación de Prácticas de Privacidad que describe sus derechos y protecciones con respecto a su información de salud personal. Usted tiene el derecho de revisar el NPP antes de firmar este consentimiento. (*Crossroad Clinical Manual - Policy 1.35 - Patient Rights*)

---

## 3) Pago y Reembolsos de Seguros

Centro de Salud Crossroad factura a su compañía de seguros (incluyendo Medicare) por los servicios prestados. Centro de Salud NO se hace responsable de recoger o dejar de recoger las reclamaciones de seguros, y usted reconoce que usted es responsable del pago de los servicios prestados y que ya a pagar todos los cargos vencidos y adeudados al Centro de Salud Crossroad (incluyendo cualquier co-paga y/o deducibles).

Centro de Salud Crossroad y los médicos que prestan servicios a que se inicie el pago de las reclamaciones de beneficios (y también pueden procesar las apelaciones de las decisiones relacionadas con sus reclamos y beneficios). Con el fin de hacer esto, es necesario que todas las partes responsables para darnos ciertos derechos y permisos;

1. Yo (como paciente o como agente del paciente) asigno y transfiero todos los derechos de terceros beneficios pagados por servicios prestados a mí al Centro de Salud Crossroad y/o su médico(s) y autorizo a cualquier seguro o terceros hacer pagos directamente al Centro de Salud Crossroad y/o sus médico(s).

2. Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XCIII de la Ley del Seguro Social, o en virtud de cualquier otra compañía, es la correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre de conformidad con la asignación anterior. Cedos los beneficios pagaderos por servicios cubiertos por Medicare para el médico(s) y/o de la organización(s) el suministro de los servicios y autorizo dicho médico(s) y/o de la organización(s) a presentar una reclamación a Medicare o otro tercero pagador para el pago. Cualquier asignación de beneficios se limita a la carga permitida por Medicare por servicios médicos o en un importe que no exceda los cargos regulares de el Centro de Salud Crossroad.

3. Entiendo que, en consideración de los servicios a ser prestados, yo soy responsable por el pago de los servicios no cubiertos por terceros pagadores, y voy a pagar todos los cargos pendiente de pago al Centro de Salud Crossroad, sus subsidiarias y/o su médico(s) de acuerdo con sus tarifas regulares, términos y políticas.

---

## 4) Citas de los pacientes: Política de Tardanzas y Ausencias

- Le voy a notificar de antemano a CHC si no puedo llegar a mi cita.
- Si tuviera que cancelar mi cita, lo hare con por lo menos 24 horas de anticipación.
- Si no cancelo mi cita por lo menos 3 horas antes de la hora programada, voy a ser considerado como una ausencia.
- Si llego 15 minutos tarde a mi cita, puedo que no llegue a ver a mi proveedor el mismo día o puede que tenga que esperar a que el proveedor tenga tiempo disponible y me vea más tarde el mismo día.
- Si tengo tardanzas o me ausento de 3 citas en un periodo de 6 meses, puede que sea despedido como paciente de CHC.