

## Formulario de Consentimiento/Autorización de la Red de Médicos

### AUTORIZACIÓN GENERAL PARA TRATAMIENTO/CONTACTO

Yo autorizo a médicos, enfermeros con práctica médica, parteras y/o médicos auxiliares de los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center que podrían atenderme, sus asistentes, incluyendo los empleados por los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center a que proporcionen el cuidado médico, los análisis, procedimientos, fármacos, sangre y hemoderivados, servicios y provisiones que mi proveedor considere aconsejables. Dichos servicios pueden incluir patología, radiología, servicios de emergencia y otros servicios especiales pedidos por mi proveedor. Al consentir el tratamiento, no he confiado en ninguna declaración en cuanto a resultados. Además autorizo a mi proveedor a examinar, utilizar, conservar, y/o deshacerse de cualquier tejido, fluido o partes extraídos de mi cuerpo de la forma que sea (menos para la donación y/o trasplante de órganos). En el caso de que cualquier miembro del personal que asista en la provisión de atención médica y tratamiento sufra una exposición involuntaria a mi sangre y/o a cualquier otra sustancia corporal mía que pueda transmitir enfermedad y no pueda consultar con mi médico oportunamente antes de hacer análisis, yo consiento a que se realicen análisis limitados para determinar la presencia, si la hubiera, de anticuerpos de la hepatitis A, B, y C y el VIH.

Yo les autorizo a los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center contactarme a cualquier número de celular que he proporcionado con el propósito de realizar asuntos de negocio conmigo o para contactarme acerca de mi cuenta. Yo accedo el uso de un marcador automático con este fin.

### PERMISOS ESPECIALES

Para propósitos únicos de identificación de pacientes yo consiento y doy permiso a ser fotografiado. La fotografía no será utilizada con fines de publicidad sin consentimiento expreso del paciente.

Accedo a permitir que estudiantes trabajando en los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center observen y participen en mi atención médica, bajo la supervisión directa de mis médicos. Recibiré la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de o durante una cita.

### DIVULGACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo entiendo que hay que hacer el pago en el momento en que los servicios sean prestados. Yo por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica a (1) una compañía de seguro médico por la cual cobro beneficios y (2) cualquier médico involucrado en mi cuidado médico. Sé que la autorización permite a los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center a divulgar cualquier información a cualquiera de mis aseguradores o médicos. Yo autorizo y ordeno a mis aseguradores pagar directamente a los Consultorio Médicos de Lexington Medical Center y/o a sus médicos cualquier y todo beneficio hasta la cantidad total de mi factura correspondiente a todos los cargos contraídos. Yo asigno a los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center, incluyendo a sus afiliados, cualquier y todo beneficio o compensación, de cualquier tipo a los cuales tengo derecho con respecto a los servicios de atención médica que reciba, incluyendo aunque no limitándose a la compensación de cualquier arreglo de responsabilidad o sentencia pagada por o de parte de terceros y cualquier beneficio pendiente de pago de cualquier póliza de seguros ante terceros. Yo ordeno que tales beneficios sean pagados directamente a los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center y/o sus afiliados, incluyendo sus médicos, y destinados a mi(s) factura(s) hasta que la(s) factura(s) se pague(n) en su totalidad. Yo entiendo que soy personalmente responsable por cualquier honorario restante. Yo por la presente acepto pagar todo costo y honorarios razonables en el evento de que esta cuenta sea pasada a terceros para cobranza.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable (si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_