

Formulario de Consentimiento de Harmony Healthcare LI, Inc.

Consentimiento para el tratamiento: Autorizo a Harmony Healthcare LI, Inc. (HHLI) y su personal médico, de enfermería y otros miembros del personal profesional, a proporcionar los servicios de atención médica y administrar los procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos que, a juicio del personal médico de HHLI, se consideran necesarios o aconsejables para mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, incluidos los rayos X de diagnóstico, la administración o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos, y la extracción de sangre para examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado resultados o la efectividad de los tratamientos o exámenes realizados por el personal de HHLI. La prueba del VIH ahora es parte de la atención de rutina y ya no se requiere el consentimiento por escrito. Tengo derecho a rechazar la prueba del VIH en cualquier momento. El HHLI ofrece servicios de planificación familiar. Entiendo que mi aceptación de los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio ofrecido por el HHLI.

Divulgación de información: Autorizo a HHLI a utilizar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, organizar o coordinar mi tratamiento de cuidado de la salud; (2) permitir que HHLI obtenga el pago por los servicios que me brinda; y (3) permitir a HHLI llevar a cabo operaciones comerciales y de atención de la salud ordinarias tales como la garantía de calidad, la planificación de servicios y la administración en general.

Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información sobre:

- VIH o SIDA
- Abuso de alcohol o drogas
- Enfermedad mental o cualquier condición de salud mental
- Enfermedades de transmisión sexual
- Planificación familiar, embarazo y aborto
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas

Soy consciente de que Harmony Healthcare LI, Inc. puede compartir información con mis otros proveedores médicos para el tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de beneficios: Asigno a HHLI todos los beneficios a los que yo pueda tener derecho de parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica y el tratamiento brindado por HHLI

Obligaciones Financieras: Estoy de acuerdo que, salvo que la ley limite o los acuerdos de HHLI con terceros pagadores, en el caso de falta de pago por parte de un tercero de quien yo he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios provisto en las instalaciones de HHLI de acuerdo con las tarifas y términos de HHLI vigentes a la fecha del servicio. También estoy de acuerdo en que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable.

Política de no presentarse a la cita- Aviso importante:

Recuerde ser cortés con nosotros y otros pacientes al llamar al menos 4 horas antes de la hora de su cita, para cancelar si no puede presentarse. Esto nos permitirá servir mejor a nuestros pacientes. Los pacientes que lleguen más de 15 minutos **tarde** a su cita serán considerados como que no se presentaron y deberán reprogramar su cita. **Para servicios dentales**, los pacientes que lleguen **más de 5 minutos tarde** a su cita serán considerados como que no se presentaron y deberán reprogramar su cita.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente como representante del paciente para firmar este formulario y aceptar sus términos.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente (si el paciente no está firmando): _____

Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York: Por la presente autorizo a HHLI a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____