**Grand Island ENT -** Condiciones de las visitas al consultorio

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Entiendo que puedo tener una afección que requiera procedimientos de diagnóstico, examen físico y/o tratamiento médico. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para dichos procedimientos de diagnóstico, incluidos, entre otros, pruebas de laboratorio, examen físico y el tratamiento médico que mis proveedores de atención médica consideren necesario. También se pueden tomar fotos de usted y de su afección y colocarlas en su registro médico para fines de atención al paciente. Además, reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados del tratamiento o examen proporcionado en GRAND ISLAND, EAR NOSE THROAT.

**2. AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo a GRAND ISLAND EAR NOSE THROAT a proporcionar de mis registros médicos cualquier información o extractos solicitados a cualquier compañía de seguros o tercero pagador con el fin de obtener el pago de la cuenta, o cualquier entidad que brinde atención al paciente (especialista, hospital, radiología, patología, clínica de imágenes, centro de atención especializada, etc.)

**3. PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** -Ver también contrato de acuerdo financiero

Para obtener una descripción más completa de los posibles usos y divulgación de su información de salud para el tratamiento, el pago y la atención médica, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de GRAND ISLAND EAR NOSE THROAT.

Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar el consentimiento. Los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad pueden cambiar, y puede escribir a nuestra dirección para obtener una copia revisada.

Usted tiene derecho a solicitar que el proveedor restrinja la forma en que se usa o divulga su información de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica; sin embargo, GRAND ISLAND EAR NOSE THROAT no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que el proveedor haya actuado previamente confiando en él.

**5. PARTE FINANCIERAMENTE RESPONSABLE (obligatorio si el paciente es menor de edad):**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: si es diferente a la del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. CONTACTO DE EMERGENCIA (preferiblemente no residir con el paciente)**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Podemos divulgar información médica protegida a esta persona? Sí No

**7. INFORMACIÓN DEL SEGURO:**

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: si es diferente a la del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. POLÍTICA DE CITAS:**

Si llega tarde o necesita reprogramar, llame a la oficina y haremos todo lo posible para acomodarlo.

**Para respetar el tiempo de todos nuestros pacientes y proveedores, SOLO se atenderá a pacientes con cita**

**Si va a llegar más de 10 minutos tarde, es posible que se le pida que reprograme**

**Si no llama y no se presenta a su cita: Primera vez = Sin cargo**

**En cualquier momento después = cargo de $30.00**

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE HA LEÍDO LO ANTERIOR Y ES EL PACIENTE O ESTÁ DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR O EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA EJECUTAR LO ANTERIOR Y ACEPTAR SUS TÉRMINOS

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_