

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

1. CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA DE INFUSIÓN, ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO Doy mi consentimiento voluntario para todos y cada uno de los tratamientos de atención médica y procedimientos de diagnóstico, incluidos, entre otros, la terapia de infusión, los exámenes médicos y las pruebas, proporcionados por Sage Infusion LLC (el "Centro de infusión") y sus médicos, proveedores, enfermeras y clínicos (colectivamente, los "clínicos"). Entiendo que en muchos casos los médicos están cumpliendo las órdenes de mi proveedor de atención médica que lo refirió. Aunque espero que la atención brindada cumpla con los estándares habituales, entiendo que no hay garantías con respecto a los resultados de mi atención. También entiendo que si no sigo las recomendaciones de mi proveedor de referencia o de los médicos, ya que pueden estar relacionadas con mi salud, el centro de infusión y los médicos no serán responsables de ninguna lesión o daño que sea el resultado de mi incumplimiento. Los medicamentos para los cuales Sage Infusion actúa como custodio temporal tendrán que ser reclamados mediante una cita confirmada o por una solicitud escrita en un periodo de 30 días; de otra forma Sage Infusion tendrá el derecho de usar estos medicamentos como parte de su propiedad. Entiendo que si cualquier empleado o individuo asociado con el Centro Infusión está expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se me hará una prueba de los virus de la hepatitis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También entiendo que recibiré educación relacionada con esta prueba y que no se me cobrará por las pruebas y la educación relacionada con la exposición. Finalmente, entiendo que puedo negarme a firmar este Consentimiento del Paciente, sin embargo, entiendo que sin mi firma legal, el Centro de Infusión no puede brindarme tratamiento y mi cita será cancelada. Entiendo que cualquier medicamento no utilizado después de 30 días se asume que es propiedad del Centro de Infusión para su gestión.

2. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO EN UN ÁREA DE TRATAMIENTO ABIERTA Reconozco y entiendo que el Centro de infusión brinda terapia de infusión y atención médica en un entorno de tratamiento abierto. A pesar de las salvaguardias y el uso de un cuidado razonable, siempre es posible en el Centro de infusión que pueda obtener información sobre otros pacientes o que ellos, inadvertidamente, aprendan algo sobre mí. En todos los casos, el Centro de Infusión espera y requiere que sus pacientes mantengan una estricta confidencialidad de cualquier información de salud divulgada inadvertidamente por otros.

3. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA, VIDEOTAPE O GRABACIÓN

Autorizo al Centro de Infusión a fotografiarme, grabarme en video o grabarse y acepto que las imágenes, el video o las grabaciones se puedan usar por razones médicas (incluida la capacitación, la educación o la investigación). Por la presente libero al Centro de Infusión, sus empleados, médicos y otras personas autorizadas de cualquier responsabilidad que pueda surgir de la toma y el uso autorizado de tales imágenes, videos o grabaciones. Además, la videovigilancia en las instalaciones se puede utilizar con fines de seguridad y protección. En caso de sospecha de un delito, dicho video puede ser citado por la policía.

4. CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE INFORMACIÓN

Divulgación de registros médicos. Entiendo que el Centro de infusión puede colaborar con otros proveedores de atención médica para coordinar, administrar y brindar atención médica, y doy mi consentimiento voluntario para que el Centro de infusión comparta mi información médica y mis registros de forma electrónica o de otro modo con fines de tratamiento, pago, y operaciones y otros propósitos como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad del Centro de infusión. Doy mi consentimiento para la inclusión en mi expediente médico electrónico de cualquier diagnóstico sensible e información relacionada, como el estado del VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información genética, salud mental y abuso de sustancias, etc. Entiendo que mis registros médicos electrónicos serán accesibles por nuestros Médicos y otro personal del Centro de Infusión y las personas aprobadas para acceder a dichos registros para fines relacionados con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica y otros fines como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Infusión. Entiendo que cualquier / toda la información contenida en mis registros médicos es propiedad del Centro de Infusión.

Uso y divulgación de información. Además, reconozco y acepto que el Centro de infusión puede usar y divulgar mi información médica para una variedad de propósitos, que incluyen, entre otros: tratamiento, verificación de elegibilidad y pago a pagadores públicos y privados o sus agentes, incluidas las compañías de seguros, administradas organizaciones de atención médica, mi empleador (si me lesiono en el trabajo), programas del gobierno estatal y federal, programas de compensación para trabajadores, evaluación de la calidad de la atención y actividades de mejora, evaluación del desempeño de las calificaciones de los médicos, realización de programas de capacitación y educación médica y de enfermería, realizar o coordinar revisiones médicas, servicios de auditoría, garantizar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y de acreditación, y servicios de salud pública y supervisión de la salud. Todos estos usos y divulgaciones se describen con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad del Centro de infusión.

Solicitud de información de terceros. Doy mi consentimiento para que el Centro de infusión me solicite información médica
proveedores de atención, la recepción y divulgación de mi información médica, ya sea escrita, verbal o electrónica, para los usos

Comunicación con Infusion Center. Doy mi consentimiento para recibir llamadas automáticas y de otro tipo, mensajes de texto, correos electrónicos y otras comunicaciones del Centro de infusión. Esto puede incluir recordatorios sobre próximas citas, preguntas sobre cobertura de seguro y experiencia de servicio.

5. RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro de infusión, que proporciona información sobre cómo el Centro de infusión puede usar o divulgar mi información médica. Entiendo que mi firma a continuación representa mi consentimiento al Aviso de prácticas de privacidad del Centro de infusión.

6. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente cedo y autorizo el pago de todos los beneficios de seguro y atención médica disponibles para mí directamente al Centro de Infusión por los servicios que se me brindan. Entiendo que los beneficios se me pueden pagar directamente si no proporcionó esta autorización.

7. RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable del pago de todos los cargos incurridos que no sean pagados por el seguro o los beneficios de atención médica, incluidos todos y cada uno de los productos (p. Ej., Medicamentos) proporcionados o servicios prestados que no son elegibles para el pago (no cubiertos) por planes de atención médica, Medicare, Medicaid u otro seguro o pagadores (por ejemplo, servicios prestados por proveedores de atención médica que no participan en mi plan de seguro). Los productos y servicios no cubiertos también pueden incluir aquellos productos y servicios que el Centro de Infusión y los Médicos inicialmente determinan que son médicamente necesarios, pero luego mi seguro o el pagador los determina que son innecesarios o los niega. Nos reservamos el derecho a negarnos a brindar servicios en cuentas que estén en mora.

8. OBJETOS DE VALOR PERSONAL

Entiendo que el Centro de Infusión no acepta responsabilidad por ningún artículo personal perdido, robado o dañado mientras estoy en el Centro de Infusión.

Oprimir Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Móvil _____ Correo Electrónico: _____

X _____
Firma del paciente o firma del representante legal

Fecha

Si está firmado por un representante legal, relación con el paciente (por ejemplo, padre, cónyuge, etc.):

(Escriba el nombre y proporcione la relación)