

Physician Group

OF UTAH, INC.

Nombre del paciente: Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Registro médico núm.
--	----------------------------------	----------------------

Bien sea como Paciente o representante legalmente autorizado del Paciente, en nombre del Paciente que recibe atención médica en este Centro de Physician Group of Utah (PGU), doy los siguientes consentimientos, interpretaciones, y acuerdos en mi propio nombre o en nombre del Paciente. En consideración parcial de los servicios de atención médica a ser provistos al Paciente en el centro de PGU, incluido IASIS Healthcare y sus filiales.

Consentimiento para servicios: Por medio de la presente, doy mi consentimiento al centro, sus contratistas, médicos y empleados para que le proporcionen servicios de atención médica al Paciente y para que administren las órdenes del médico para el beneficio del Paciente durante esta consulta y cualquier consulta subsiguiente. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Entiendo que existe el riesgo de daños sustanciales y graves inherentes a dichos servicios de atención médica, y acepto dicho riesgo con la esperanza de obtener resultados beneficiosos de dichos servicios. No se ha hecho ninguna promesa en relación a cualquier consecuencia particular o resultado satisfactorio. Entiendo y acepto que existe cierto grado de incertidumbre en los servicios de atención médica para los cuales se otorga este consentimiento. Entiendo que cada uno de los médicos tiene la responsabilidad de explicar lo que hace y, en algunos casos, de obtener un consentimiento aparte para los servicios que brinda.

Contratistas independientes: Entiendo que algunos médicos y otros proveedores de atención médica que proporcionan servicios al Paciente, incluidos médicos residentes, internos y otras personas en proceso de capacitación pueden ser contratistas independientes y no empleados de PGU; y dichos empleados están sujetos a las disposiciones de la Ley de Inmunidad Gubernamental de Utah, UCA 63-30-1, et seq., U.C.A. 1953 según lo enmendado, la cual controla todos los procedimientos y disposiciones con respecto a cualquier reclamación de responsabilidad o mala práctica que implique a dichos individuos.

Asignación de beneficios: Cualquiera y todo beneficio de las compañías de seguros y otros terceros responsables de los pagos que sean pagaderos al Paciente o en nombre del Paciente por servicios de atención médica y pagos relacionados de servicios prestados o provistos al Paciente son transferidos y asignados por medio de la presente al centro con el único propósito de pagar los cargos asociados a los servicios de atención médica provistos al Paciente en el Centro. Entiendo y quiero que todas las compañías de seguros y otros terceros responsables de los pagos pagarán beneficios directamente al Centro en concepto de los cargos del Centro y los cargos de cualquier otro proveedor de atención médica cuya facturación esté autorizada por el Centro en relación con servicios de atención médica provistos al Paciente.

Responsabilidad financiera: El Paciente y el suscrito, si no es el Paciente, aceptan conjunta e individualmente pagar todos los servicios de atención médica prestados al Paciente en el Centro, incluido, pero sin limitarse a, cualquier cantidad no pagada por ninguna compañía de seguros u otro tercero responsable de los pagos (sin contar los descuentos del contrato). El Paciente y el suscrito, si no es el Paciente, son responsables de todos los copagos, deducibles, coseguro, y/o servicios no cubiertos independientemente de la cantidad pagada por el seguro o tercero responsable de los pagos. Entiendo y acepto que cualquier cantidad no pagada dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura o declaración de pago del Centro acumulará intereses a la tasa de $1\frac{1}{2}\%$ al mes (18% al año) sobre el saldo no pagado. En caso de que cualquier saldo no pagado sea colocado en una agencia de cobro o abogado de cobro, el Paciente y el suscrito, si no es el Paciente, aceptan conjunta e individualmente pagar un cargo por cobro del 20%, todos los costos y honorarios razonables de abogados en relación con el proceso de cobro. Como cortesía hacia los pacientes que pagan por su cuenta, se aplica un descuento para servicios especificados. El mayor descuento se aplica cuando los servicios se pagan en su totalidad en la fecha del servicio. Consulte sobre los descuentos aplicables.

Certificación del Paciente de Medicare/Medicaid/Tricare: Certifico que la información que he proporcionado al aplicar para hacer pagos bajo los títulos XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social en relación con cualquier programa del gobierno es correcta. Autorizo a cualquier persona que posea información médica o de otro tipo sobre mí a revelar a la Administración del Seguro Social, otros intermediarios o personas, o al Estado cualquier información necesaria para procesar una reclamación para este o cualquier servicio relacionado. Solicito que el pago de cargos autorizados se haga en mi nombre directamente al Centro correspondiente a sus cargos y cualquier otro cargo de médicos u otros proveedores cuya facturación esté autorizada por el Centro en relación con su servicio.

Revelación de información: El Centro está obligado por ley a crear y llevar registros del tratamiento médico del Paciente. El Centro salvaguarda dichos registros y usa y revela dichos registros e información que poseen únicamente de conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales. Dichos usos y revelaciones se describen detalladamente en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro, el cual puede ser enmendado de vez en cuando. Entiendo que bien sea el Paciente o mi persona puede pedir ver una copia del aviso actual en cualquier momento.

Negativa de recibir sangre y productos sanguíneos:

Lo siguiente se aplica si se encuentra inicialado al final de este párrafo: Debido a las creencias religiosas fuertemente mantenidas por el Paciente, este consentimiento no incluye el consentimiento para administrar sangre u otros productos sanguíneos a menos que el Paciente cambie de parecer posteriormente. El Paciente entiende que esta limitación puede hacer que algunos proveedores de atención médica se rehúsen a proporcionar atención, y pueden, en la opinión de algunos proveedores, afectar adversamente el resultado de la atención médica.

FECHA: _____ INICIALES: _____

El suscrito firma este documento bien sea como Paciente o agente o representante del Paciente autorizado a cumplir con las formalidades de este documento y aceptar y estar de acuerdo con sus términos en nombre del Paciente. He leído lo anterior y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre lo anterior. He obtenido respuestas satisfactorias a dichas preguntas, e indico mi entendimiento firmando más abajo. Entiendo que tengo derecho a solicitar u obtener una copia de este documento, así como una copia de los derechos de facturación de conformidad con la Ley de Crédito y Facturación Justa. Este documento seguirá vigente a menos que sea revocado por escrito.

FECHA: _____ FIRMA: _____

TESTIGO DE LA FIRMA: _____ RELACIÓN SI NO ES EL PACIENTE: _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE RECONOZCO QUE HE RECIBIDO O SE ME HA OFRECIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PGU.

FECHA: _____ INICIALES: _____

ÚNICAMENTE PARA USO DEL PERSONAL: SI NO PUEDE OBTENER ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, EL MIEMBRO DEL PERSONAL DE PGU DEBE INGRESAR MÁS ABAJO UNA RAZÓN DOCUMENTADA DE CONFORMIDAD CON LA POLÍTICA DE PGU:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha	Apellido del paciente	Nombre	Segundo nombre
Dirección		Ciudad	Estado Código posta
Género	Fecha de nacimiento / /	Estado <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a civil:	Teléfono particular
Núm. Seguro Social	Ocupación	Empleador	Teléfono comercial
Dirección del empleador		Ciudad	Estado Código posta
Licencia de conducir núm.	Correo electrónico		Teléfono celular

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Relación con el paciente	Apellido	Nombre	Teléfono particular	Fecha de nacimiento: / /
Dirección particular		Ciudad	Estado	Código posta
Núm Seguro Social	Ocupación	Nombre del empleador	Teléfono comercial	
Dirección de la empresa		Ciudad	Estado	Código posta
Nombre del cónyuge (y apellido si es diferente)		Empleador	Teléfono	

INFORMACIÓN DE SEGURO (DEBE LLENARSE EN SU TOTALIDAD CON FINES DE VERIFICACIÓN) Marque aquí si NO tiene seguro

Compañía de seguros primaria	Monto de copago	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza / /	Relación del paciente con el asegurado <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Dirección de la compañía de seguros			Fecha de vigencia: / /	Teléfono
Grupo	Núm de política	Núm. Medicare	Núm. Medicaid	
Segunda compañía de seguros	Monto de copago	Titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza / /	Relación del paciente con el asegurado <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Dirección de la compañía de seguros			Fecha de vigencia:	Teléfono

INFORMACIÓN DE LA LESIÓN (Debe llenarse en su totalidad)

¿Motivo de la consulta?	¿Qué tipo de lesión es el motivo de la consulta? (indicar derecha o izquierda si corresponde)		
Se trata de: <input type="checkbox"/> Un accidente <input type="checkbox"/> Una lesión	Fecha de la lesión o accidente / /	Lugar del accidente: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de la escuela	Deporte/Actividad	¿Cómo se produjo la lesión?	
¿Tiene relación con el trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuál es la compañía de seguro industrial de su empresa?			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE SE PRODUJO LA LESIÓN:			

Nombre y dirección del médico que deriva:	Teléfono (OBLIGATORIO)
Información de contacto de emergencia (Nombre completo /Relación con el paciente):	Teléfono (OBLIGATORIO)

Declaro que las respuestas y declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender. Por el presente certifico que he leído esta sección completa en el frente y el dorso, y acepto todos los términos del presente.

Fecha

X _____
Firma del responsable/Paciente

NUEVOS PACIENTES: Indique cómo supo sobre nosotros.

VER DORSO

Periódico Radio TV Páginas Amarillas Mailer Internet Médico _____ Amigo Otro: _____