TELLURIDE
REGIONAL MEDICAL CENTER

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____

INFORMACION DE ADMISION

PERMISO PARA ATENDER: Autorizo al distrito Del hospital Regional de Telluride, al DBA Del Centro Médico Regional de Telluride y a la Practica Familiar del Centro Médico Regional de Telluride a atenderme a mi o a mi hijo/a menor de edad.

EDUCACION: Autorizo a los observadores a estar presentes durante el tratamiento con fines de información médica y educación.

ACUERDO DE PAGO DER SERVICIOS: Acepto pagar por los servicios médicos proporcionados por el centro médico Regional de Telluride (TRMC). También acepto pagar por servicios de radiología, proporcionados por Western Colorado Radiológical Associates, P.C. (WCRA), y/o patología, y servicios de laboratorio proporcionados por LAB CORP que son facturados por separado, si estos servicios se consideran necesarios en la opinión de el proveedor médico de TMC. Tengo en cuenta que deberé abonar mi visita al momento del servicio médico. Si no pagara en el plazo de 30 días del recibo de la factura, la deuda será trasladada a una agencia de colección. Si se llevara a cabo una acción juridicial en mi contra por no haber pagado los cargos tales como me llegaron de TMC, WCRA, o LAB CORP, la deuda entonces incluirá honorarios del abogado de la agencia de colección.

SERVICIO RADIOLOGICO DE WESTERN COLORADO RADIOLOGICAL ASSOCIATES, P.C. y LABCORP:

Autorizo la asignación de mis derechos para cobrar el pago de mi compañía de seguros por los servicios prestados a mí o a mis dependientes por WCRA, P.C. La asignación de estos derechos legales y la asignación de beneficios para el pago directamente a WCRA, P.C. se da por la presente. Autorizo a WCRA, P.C. a que libere cualquier información necesaria para que la compañía de seguros procese la reclamación.

MEDICARE, Título XVIII y MEDICAID, Título XIX: Certifico que la información dada por mí al solicitar el pago de servicios efectuada en el título XVIII o el título XIX del acto de seguridad social es correcta. Autorizo que mi información médica se transmita a la administración de seguridad social o a sus intermediarios para este o cualquier otro reclamo. Solicito que el pago de beneficios autorizados se haga en mi favor.

AUTORIZACIÓN PARA DIFUNDIR INFORMACION: Autorizo por este medio a publicar mis expedientes médicos a cualquier persona o entidades que puedan, bajo contrato, recibir el pago de cualquier carga incurrida por mí como parte del tratamiento médico proporcionado o pedido por TRMC.

AUTORIZACIÓN PARA DESCARGAR EL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: Autorizo la descarga de mi historial de medicamentos en mi expediente médico a través de los administradores de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Managers).

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Autorizo por este medio a cualquier otra parte responsable de cualquier otro porción de los servicios médicos a hacer el pago directamente a TMC y/o a WCRA o sus designados. Reconozco que esta asignación de beneficios es irrevocable y asigna a los proveedores médicos todos los derechos que se encuentran en mis pólizas de seguro. Entiendo además que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro medico o tercera parte.

INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD: Autorizo la descarga y carga de mi expediente médico a través de intercambios de información de salud como QHN, CommonWell y CareQuality.

AVISO DE INMUNIDAD GUBERNAMENTAL: La atención médica y otros servicios de salud en el Centro Médico Regional de Telluride pueden ser proporcionados por personas que son consideradas como empleados públicos por la ley de inmunidad gubernamental de Colorado. La ley de inmunidad gubernamental de Colorado, artículo 10 del título 24 de los Estatutos Enmendados de Colorado, limita la cantidad de daños recuperables de los empleados públicos y las entidades, requiere un aviso formal de una reclamación, y coloca un límite de tiempo de 180 días en el período para la presentación de tales un aviso de reclamación. EL abajo firmante certifica que él/ella ha leído y entiende las condiciones de arriba indicadas de consentimiento y ha recibido una copia Del aviso de prácticas de privacidad.

TELEMEDICINA: Doy mi consentimiento para que TRMC organice una consulta de telemedicina si es necesario para mi condición médica.

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE ÉL/ELLA HA LEÍDO Y ENTIENDE LAS CONDICIONES DE ARRIBA INDICADAS DE CONSENTIMIENTO Y HA RECIBIDO UNA COPIA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

_____ _____ _____
Firma Del Paciente o persona responsable | Nombre en letra de molde | Fecha

_____ _____ _____
Relación con el Paciente | Dirección | Número de Teléfono

Si usted está firmando en nombre Del paciente y no es la parte responsable:

_____ _____ _____
Firma | Nombre en letra de molde | Fecha

Relación con el Paciente: _____ Razón por la que el paciente no puede firmar _____