

Texas Tech University Health Sciences Center El Paso Clínicas Ambulatorias Consentimiento para Tratamiento/Acuerdo para el cuidado de la Salud	Identificación del paciente (Nombre, Fecha de Nacimiento, Número de expediente médico)
---	--

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente doy mi consentimiento para recibir servicios médicos por parte de los médicos de Texas Tech University Health Sciences Center en El Paso, empleados y aquellos asociados, asistentes, y otros proveedores de atención de la salud (de otro modo referido como TTUHSC El Paso), según mi médico considere necesario. Yo entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Yo entiendo que fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales y/u otras imágenes pueden ser hechas/grabadas para fines de tratamiento y propósitos de pago solamente. Yo entiendo que TTUHSC El Paso es una institución de enseñanza. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado o cura de mi tratamiento.

Reconozco que TTUHSC El Paso puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para electrónicamente transmitir, recibir y/o acceder a mi información médica que puede incluir, pero no se limita a, los tratamientos, las recetas, los resultados de laboratorios, historial médico y de medicamentos recetados, y otra información de cuidados de salud.

Yo entiendo que este Consentimiento Para Tratamiento/Acuerdo para el Cuidado de la Salud, será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me preste o reciba atención médica en las Clínicas Ambulatorias de TTUHSC El Paso, a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso escrito proporcionado a cada clínica donde se me prestó o recibí atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA: Yo reconozco que “información protegida de salud” se refiere a mis diagnósticos, y/o tratamiento en TTUHSC El Paso, que incluye, pero no se limita, a información concerniente a enfermedad mental (excluyendo notas de psicoterapia), uso de alcohol o drogas, enfermedades contagiosas tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, recetas, historial médico, historial de medicamentos recetados, notas de evolución en el tratamiento o cualquier otra información relacionada.

Reconozco que el “Aviso sobre Prácticas de Privacidad” proporciona información sobre como TTUHSC El Paso y sus empleados pueden usar y/o revelar mi información protegida de salud para el tratamiento, pago por los servicios, operaciones de atención a la salud y por otros servicios según lo permita la ley. Yo entiendo que TTUHSC El Paso no se puede hacer responsable por el uso o revelación de información por terceras partes.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS: En consideración por haber recibido servicios médicos o cuidado de la salud, por este medio yo traspaso a los médicos y proveedores de TTUHSC El Paso y/o al Departamento de Plan de Ingresos de Práctica Médica, mi derecho, título, e interés en todo seguro, Medicare/Medicaid, u otros pagadores terciarios de beneficios de servicios médicos o de otros cuidados de la salud que de otra forma me pagarían a mí. Yo también autorizo que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguro médico o pagadores terciarios envíen los pagos directamente, hasta la cantidad total del costo de servicios médicos o cuidado de la salud, a los médicos de TTUHSC El Paso y/o al Departamento de Plan de Ingresos. Yo certifico que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta.

Yo acepto pagar todos los gastos por los servicios médicos que no sean cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, u otros pagadores terciarios, y acepto pagar de acuerdo a las condiciones establecidas por TTUHSC El Paso.

DISPOSICION ANTICIPADA:		
¿Yo he firmado una Disposición Anticipada?	_____ SI	_____ NO
¿Si su respuesta es Sí, ¿está vigente?	_____ SI	_____ NO
¿Ha proporcionado una copia firmada a TTUHSC El Paso?	_____ SI	_____ NO
AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:		
Yo he recibido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad. _____ (Iniciales del paciente)		

Yo certifico que he leído este documento o me ha sido leído.

Fecha	Imprima su nombre	Paciente/otra persona legalmente autorizada Firma Requerida
Hora	Testigo/Traductor* Firma Requerida	Parentesco con el paciente