

Aviso de prácticas de privacidad, responsabilidad financiera, consentimiento para el tratamiento

El servicio en el que ha elegido participar implica una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad le obliga a garantizar el pago total de nuestros honorarios.

Como cortesía, verificaremos su cobertura y facturaremos a su compañía de seguros en su nombre. Sin embargo, usted es responsable en última instancia del pago de su factura. Usted es responsable del pago de cualquier deducible y copago / coseguro según lo determine su contrato con su compañía de seguros. Esperamos estos pagos en el momento del servicio. Usted es responsable de informar a su proveedor si su compañía de seguros requiere una instalación de laboratorio específica para cualquier servicio de laboratorio solicitado. Muchas compañías de seguros tienen estipulaciones adicionales que pueden afectar su cobertura.

Usted es responsable de cualquier monto no cubierto por su aseguradora. Si su compañía de seguros niega alguna parte de su reclamo, o si usted o su médico eligen continuar más allá de su período aprobado, usted será responsable de su saldo en su totalidad.

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con NEST CHILDREN'S CLINIC, por brindarme servicios a mí o al paciente mencionado anteriormente. Certifico que la información es, a mi leal saber y entender, verdadera y precisa. Autorizo a mi aseguradora a pagar cualquier beneficio directamente a NEST CHILDREN'S CLINIC, el monto total y total de la factura incurrida por mí o el paciente mencionado anteriormente; o, si corresponde, cualquier monto adeudado después de que mi compañía de seguros haya realizado el pago. Si no tengo seguro médico y seré responsable de los servicios prestados aquí en NEST CHILDREN'S CLINIC, acepto pagar a NEST CHILDREN'S CLINIC el monto total y total del tratamiento que se me brinde a mí o al paciente mencionado anteriormente. Entiendo que para cualquier saldo de más de 90 días, NEST CHILDREN'S CLINIC se reserva el derecho de remitir la cuenta a una agencia de cobranza donde se puede agregar una tarifa de cobro adicional al saldo total adeudado.

Política de pago por cuenta propia

- Si usted es un paciente que paga por cuenta propia, se le pedirá que pague en su totalidad en el momento en que se presten los servicios

Política de educación estudiantil:

- Somos un centro de enseñanza. Los médicos o asistentes médicos pueden tener estudiantes de medicina que los siguen a veces. Son una extensión de su equipo médico
Al firmar este formulario, usted acepta permitir que los estudiantes de medicina participen en su atención

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este Formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento adecuado para cualquier afección identificada.

Este Consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta Clínica Este Consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su proveedor sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico y/o proveedor de nivel medio (Enfermera Practicante, Asistente Médico o Especialista en Enfermería Clínica) y a otros proveedores de atención médica o a las personas designadas según se considere necesario, que realicen un examen médico, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la afección que me han llevado a buscar atención en este Centro. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos. Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o tutor

____/____/_____
Fecha DD/MM/AAAA