

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EXTERNO

Esta forma incluye información importante acerca de cómo se proporciona la atención a los pacientes en Family Medicine Health Center ("Centro de Salud"). Los pacientes y los padres, tutores y otros representantes de los pacientes deben leer cuidadosamente esta información o pedir ayuda que alguien le lea esta forma. Al firmar esta forma usted acepta recibir atención en el Centro de Salud de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

1. Consentimiento. Solicito y autorizo al Centro de Salud y sus médicos, residentes, asistentes y designados a proporcionar la atención médica y el tratamiento necesario o conveniente para mí, o el paciente que identificado a continuación. Este cuidado puede incluir, pero no limitado a, radiología rutina de diagnóstico y procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos de rutina, productos biológicos y otros productos terapéuticos, y el cuidado médico y de enfermería de rutina.
2. Emergencias. Autorizo al Centro de Salud para llevar a cabo otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de emergencia, si es necesario o conveniente con el fin de preservar la vida o la salud de mi o del paciente.
3. Riesgos y Beneficios. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y entiendo que el Centro de Salud no ofrece ninguna garantía o promesa de los resultados de la atención recibida.
4. Los Cambios de Salud. Yo entiendo que es mi responsabilidad de decirle al Centro de Salud si hay algún cambio significativo en la condición físico o emocional de mi, o el paciente.
5. Pruebas. Entiendo que las muestras de fluidos del cuerpo y / o tejidos del cuerpo pueden ser retirados durante las pruebas y procedimientos. Autorizo al Centro de Salud y sus afiliados para llevar a cabo otras pruebas en estos fluidos y / o tejidos del cuerpo con el fin de avanzar en tratamiento adicional, la investigación médica y el conocimiento y / o de disponer de estos fluidos y tejidos.
6. Verificación del Medicamento. Autorizo al Centro de Salud de ponerse en contacto con proveedores de atención médica con el que yo, o el paciente, recibimos tratamiento para obtener información médica y / o registros, incluyendo pero no limitado a, farmacias comerciales (es decir, Walgreens, CVS, Costco, etc.), y registros de alcohol y otras drogas de tratamiento para la verificación de mis medicamentos y el tratamiento.
7. Enfermedades Transmisibles. Se me ha informado y entiendo que pruebas del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) / SIDA, el VHC (virus de la hepatitis C) y HBsAg (Bvirus hepatitis) se pueden realizar en mí, o el paciente, sin mi consentimiento si un profesional de la salud, empleado del establecimiento o Primera Respuesta sostiene una exposición a mi, o el paciente de, sangre u otro fluido corporal.
8. Objetos de Valor Personales. Yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los objetos personales de valor que traigo conmigo, o el paciente, al Centro de Salud. Yo libero el Centro de Salud y sus agentes de toda responsabilidad por la pérdida o daño de cualquier y todos los elementos personales que elijo para mantener conmigo durante mi cuidado y tratamiento o del paciente.
9. Programa de Residencia. El Centro de Salud es operado por la Family Medicine Residency of Idaho. Los pacientes del Centro de Salud son atendidos por un equipo médico que incluye un médico, un residente y un proveedor de nivel medio (PA, NP, y CNM). El medico y residente serán sus principales proveedores. Un residente "es un médico que ha recibido un título en medicina (MD, DO) de una escuela médica acreditada y que practica la medicina bajo la supervisión de un médico con licencia, por lo general en un hospital o clínica". Doy mi consentimiento para un residente y estudiante involucrado en mi, o, en el cuidado del paciente.
10. Reconocimiento de Prácticas de Privacidad. Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud proporciona información acerca de cómo la información de salud protegidas sobre el paciente se

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN PACIENTE EXTERNO

utiliza o revela para fines de tratamiento, pago u operaciones del Centro de Salud. Información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, incluyendo enfermedades venéreas, la tuberculosis, la hepatitis B, el complejo relacionado con el VIH (virus del SIDA) y el SIDA, información sobre alcohol y el tratamiento del abuso de drogas, los registros de tratamiento de salud mental, y los informes de abuso, abandono o negligencia puede ser utilizada y revelada bajo determinadas circunstancias. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento. Yo entiendo que los términos del Aviso de Privacidad pueden cambiar y que puedo solicitar una copia actualizada del Centro de Salud en cualquier momento.

11. Política de Asistencia. Una copia de la Política de Asistencia del Centro de Salud ha puesta a mi disposición. Yo entiendo que es mi responsabilidad y de el paciente saber fechas de citas y horarios y comprendo que los servicios pueden interrumpirse en caso de que yo, o el paciente, no asisten a las citas programadas.
12. Terminar Tratamiento. Yo entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en el Centro de Salud en cualquier momento que decido hacerlo.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA FORMA (O LO HAN LEÍDO), HACER PREGUNTAS, Y TENER ESTAS PREGUNTAS CONTESTADAS.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, RESPONSABILIDAD FINANCIERA, PÓLIZA DE CREDITO

AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS. La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo FMHC facturar directamente a mi compañía de seguros y también autorizo a cualquier tercer-pagador a través del cual ya tengo los beneficios de hacer el pago directamente a FMHC. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Family Medicine Health Center o compañía de seguros de usar y revelar información de la salud con el fin de obtener el pago por los servicios y la determinación de beneficios del seguro. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos médicos incurridos en mi nombre en el Family Medicine Health Center, incluyendo los cargos que no son pagados en su totalidad por mi seguro, los beneficios del programa de gobierno, u otros terceros pagadores. También estoy de acuerdo de pagar o reembolsar a FMHC de todos los gastos en que pueda incurrir en la percepción de tales cantidades, incluyendo, pero no limitado a, honorarios de abogados y gastos de recaudación. Los servicios prestados por empresas externas, (es decir, laboratorio, patología, radiología) se facturan por separado por dichas empresas.

PÓLIZA DE CREDITO

FILOSOFÍA: Es el deseo del Family Medicine Health Center (FMHC) para proporcionar servicios médicos y de salud conductual de calidad y sin barreras de acceso. Esta póliza nos guía en la provisión de acceso a la atención mientras asegurar que colectamos suma debidas a nosotros para la prestación de servicios. Para aquellos pacientes con cobertura de seguro, vamos a facturar el seguro adecuadamente en el momento oportuno. Si usted no tiene cobertura de seguro, que son sensibles a sus limitaciones financieras y no queremos impedir el acceso a la atención que es vital para su salud. FMHC trabajará con sus pacientes sobre los planes de pago para absolver los saldos de cuentas, solo que requiere que el paciente quede enganchado en este proceso y siga los términos que se han acordado.

PROCEDIMIENTO:

1. Vamos a solicitar el pago en el momento del servicio. Si no puede pagar el importe ajustado debido al momento de la cita, le pedimos que usted pague lo que pueda y FMHC le facturará el equilibrio.
2. Si recibe un estado de cuenta de nosotros y no puede pagar la totalidad del saldo, solicitamos que se ponga en contacto con nosotros dentro de 30 días acerca de un plan de pago satisfactorio para solucionar las cantidades debidas.
3. Si no ha realizado ningún pago en su cuenta y no han acordado un plan de pago para resolver el equilibrio dentro de 30 días, usted recibirá un aviso de que su cuenta puede ser referido a una agencia de colección exterioragency.
4. Si usted no ha intentado resolver su cuenta el pago ni comunicarse con nosotros con respecto a un plan de pago, una notificación final será enviado a su última dirección conocida que le informa que su cuenta ha sido referido a una agencia de colección exterior. En el momento de su cuenta aparece con la agencia de cobro, su historial de crédito puede verse afectada negativamente.

Es la experiencia del Family Medicine Health Center que la gran mayoría de nuestros pacientes a entender y coopera con nuestra política de crédito desde hace mucho tiempo. Family Medicine Health Center está revelando nuestra política a usted ahora, para que podamos evitar cualquier malentendido en el futuro. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído, entiende y acepta cumplir con esta política de crédito.

**AUTORIZACIÓN PARA EXTENDER LA FRACTURA AL SEGURO MÉDICO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS,
RESPONSABILIDAD FINANCIERA, PÓLIZA DE CREDITO**

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

Family Medicine Health Center– Meridian Schools Clinic

Formulario de Consentimiento

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Padre/Guardian _____

AUTHORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION ENTRE MERIDIAN SCHOOL CLINIC LA ESCUELA DEL MENOR

Autorizo a Meridian School Clinic (MSC) a revelar cierta información de salud protegida sobre el menor a la escuela identificada abajo ("Escuela") bajo las siguientes circunstancias: i) la Escuela está autorizada para administrar medicamentos cuando la Escuela está en sesión; o ii) la Escuela necesita información de salud sobre el Menor para apoyar mejor al Menor en el clase. La información que se divulga puede incluir información de prescripción, informes de tratamiento, pruebas de laboratorio, informes de rayos X, contabilidad de visitas y otra información directamente relacionada con los dos propósitos indicados.

Consiento en que se entreguen los registros de educación de mi hijo de las escuelas del Distrito de West Ada a los proveedores de MSC en el School-Based Health Center (SBHC) si es necesario para el tratamiento. Entiendo que el propósito de compartir estos registros con Meridian School Clinic-School-Based Health Center es mantener informados a los proveedores de SBHC sobre su programa académico y progreso en un esfuerzo por mejorar el éxito de mi hijo en la escuela. Esto incluye: Nombre del niño, escuela, asistencia, horario de clase, expedientes disciplinarios y registros de salud de la escuela.

Esta autorización caduca automáticamente una vez que el Menor ya no asiste a la Escuela o si revoca esta autorización en un documento escrito que se envía al Centro de Salud en la dirección arriba indicada. Una vez que la información de salud se divulga a la escuela, la información ya no está protegida por las regulaciones de privacidad de la atención médica. En su lugar, la información se convierte en parte de los registros de educación del Menor y la Escuela no puede volver a revelar la información sin el previo consentimiento por escrito del representante legal del Menor. Dicho consentimiento debe cumplir con FERPA (20 U.S.C. § 1232g, 34 CFR Parte 99), una ley federal que protege la privacidad de los registros de educación de los estudiantes. El Menor puede recibir tratamiento en el Centro de Salud incluso si usted no autoriza la divulgación de información a la Escuela.

Mi hijo(a) actualmente esta inscrito(a) el la escuela siguiente :

| | | |
|--|---|--|
| Meridian Elementary 1035 NW 1st Street Meridian, ID 83642 | Meridian Middle School 1507 W 8th Street Meridian, ID 83642 | Meridian Academy 2311 E Lanark Meridian, ID 83642 |
| Barbara Morgan STEM Academy 1825 W Chateau Dr Meridian, ID 83646 | Crossroads Middle School 650 N Nola Road Meridian, ID 83642 | Meridian High School 1900 W Pine Street Meridian, ID 83642 |
| Chaparral Elementary School 1155 N Deer Creek Ln Meridian, ID 83642 | Lewis and Clark Middle School 4141 E Pine Ave Meridian, ID 83642 | Otra escuela preparatoria: |
| Chief Joseph Elementary School 1100 E Chateau Drive Meridian, ID 83642 | Lowell Scott Middle School 13600 W McMillan Rd Boise, ID 83713 | |
| Frontier Elementary 11851 W Musket Drive Boise, ID 83713 | Pathways Middle School 1855 E Heritage Park Lane Meridian, ID 83646 | |
| Peregrine Elementary School 1860 W Waltman Street Meridian, ID 83642 | Otra escuela secundaria: | |
| Ustick Elementary 12435 W Ustick Rd Boise, ID 83713 | | |
| Otra escuela Primaria: | | |

Y

| | |
|---|---|
| Médico de cabecera de mi hijo (si corresponde) | Nombre del Medico: Nombre de la Clinica: Domicilio: Numero Telefonico de la oficina Numero de fax de la oficina |
|---|---|

Al firmar abajo, afirmo que tengo la autoridad para tomar decisiones de cuidado de la salud en nombre del niño menor identificado arriba y entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones mencionados anteriormente. E TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTE FORMULARIO (O TENER A ALGUIEN QUIEN ME LO HALLA LEIDO), HACER PREGUNTAS, Y TENER ESTAS PREGUNTAS RESPONDIDAS.

X _____

X _____

Padre, Representante Personal * o firma del estudiante adulto

Fecha

*if signed by a Personal Representative, please state the Personal Representative's authority to act for student.

Family Medicine Health Center Meridian

Acuerdo de Transportación para Boys & Girls Club



BOYS & GIRLS CLUBS
OF ADA COUNTY

Estimado padre / guardián,

El club de Boys & Girls del condado Ada ofrece transporte gratuito para su niño de la escuela a la clínica escolar Family Medicine Health Center de Meridian (FMHC-MS). Al firmar este formulario usted da su consentimiento y autorización que Boys and Girls Club puede proporcionar el transporte para su hijo en caso de necesitar asistencia médica.

Nombre de niño/a

Fecha

APROBACIÓN DE PADRE O GUARDIÁN

Yo / nosotros asumimos todos los riesgos y peligros inherentes a dicha participación, incluyendo el transporte desde y hacia Meridian Medicine Health Center; y por este medio renunciamos, liberamos, absolvemos, indemnizamos y aceptamos mantener indemne al Boys & Girls Club del condado Ada, los organizadores, supervisor patrocinadores, los participantes y las personas que transportan a mi /nuestro hijo, ya sea resultado de negligencia o por cualquier otra causa. Yo / nosotros damos consentimiento adicional para que él /ella reciba un examen físico o un tratamiento de emergencia de un médico u hospital en caso de una emergencia.

FIRMA DE PADRE O GUARDIÁN

FECHA