

TRATAMIENTO/AUTORIZACION DE PAGO PARA TREASURE COAST COMMUNITY HEALTH, INC (TCCH)

**Escriba sus iniciales al lado de cada línea para mostrar que ha leído y está de acuerdo con cada declaración

1. _____ Yo autorizo y solicito TCCH a proveer el cuidado de salud** a mi y/o a mi familia. Yo reconozco mi responsabilidad en pagar por este cuidado de acuerdo con los cargos establecidos. Yo le he informado al TCCH sobre todas mis coberturas de seguro y presentado una copia de todas las tarjetas de seguro. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos y gastos incurridos para mi cuidado médico, excepto por los cargos y gastos que estén cubiertos por mi seguro médico que acepte el TCCH. Yo entiendo que el pago, incluyendo el seguro médico, co-pagos y los cargos reducidos por ingreso, son efectivos al momento de recibir los servicios médicos
2. _____ **PERMISO DE COMPARTIR CUIDADO DE SALUD** –Yo doy consentimiento para compartir la información de mis expedientes médicos de cuidado rutinario con el propósito de reembolsos, arreglos de referido u otro cuidado de salud. Yo permito que el TCCH comparta los registros de inmunización a cualquier escuela o guardería infantil.
3. _____ Doy permiso para que mi Información de salud protegida se divulgue con el fin de coordinar las necesidades de mi salud médica, comunicar los resultados y las decisiones de atención a los amigos y/o familiares enumerados a continuación.
(Inicial si corresponded)

Name	Relationship	Contact Number

4. _____ Doy permiso para que mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sea capturada por un Medical Scribe virtual o en vivo con el fin de coordinar las necesidades de atención médica, comunicar resultados y decisiones de atención. Esta información se puede registrar con fines de control de calidad y entrada precisa de datos en su registro médico permanente. Cualquier registro sería temporal y se eliminaría después de ingresar al registro médico permanente. Toda la información transcrita será revisada y verificada por su proveedor de atención médica.
5. _____ **COORDINACIÓN DE CUIDADO** – Yo doy consentimiento para la coordinación de mi cuidado de salud con proveedores de servicios médicos basados en la comunidad o en la casa, que incluyan el programa del manejo de cuidado crónico.
6. _____ **ACCESO** – Yo doy mi consentimiento para dar el acceso electrónico de mi información médica a otras instituciones (por ejemplo; farmacias, laboratorios, etc.), para el propósito del cuidado de mi salud.
7. _____ **PORTAL DEL PACIENTE** – Entiendo que tengo la oportunidad de tener acceso al Portal del Paciente las 24 horas del día, mantendré mi “nombre de usuario” y contraseña seguros y obtendré acceso solamente a las cuentas que tengo derecho a ver.
8. _____ **TEXTO/CORREO ELECTRONICO** – Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otra comunicación/información de salud de parte de TCCH
9. _____ Por este medio le otorgo permiso a TCCH para usar fotografías de mí o de mi hijo/a tomadas en la fecha _____ en TCCH con fines de identidad **SOLAMENTE.**
10. _____ **ME HAN SIDO OFRECIDAS Y/O RECIBI EL AVISO DE PRIVACIDAD DE LA PRACTICA**

ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERA EN EFECTO DURANTE DOCE (12) MESES A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA. Usted tiene el derecho de modificar o revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma de: _____
 (Escoge uno) Paciente Padre/Madre Guardián Fecha

TCCH Staff Member: _____ Fecha: _____