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

**Favor de poner sus iniciales en la correspondiente línea indicando que ha leído y da su consentimiento para cada sección.

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 médico. 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 medicos.

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 medica, comunicar los resultados y las decisiones de atención a los amigos y/o familiares enumerados a continuación. *(Inicial si corresponde)*

Nombre	Relación al Paciente	Número de Teléfono

4. _____ Doy permiso para que las personas que figuran a continuación acompañen a mi hijo menor de edad _____ (Nombre del niño) a TCCH. Esto permitirá que TCCH trate al niño, analice la atención y la información médica protegida del menor, como planes de tratamiento, citas, etc. *(Inicial si corresponde)*

Nombre	Relación al Paciente	Número de Teléfono

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. _____ 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 del:_____

(Circule uno) Paciente Padre/Madre Guardián Fecha

Testigo:_____

Fecha

**Cuidado de salud – Medico, Dental, y/o Salud Mental