

## RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE LA AGENCIA

### **Consentimiento para el tratamiento médico**

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico incluido, entre otros, lo siguiente: pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, inyecciones, cirugías menores, y extracción /eliminación de tejidos según se recomiende o sea necesario según el proveedor de atención médica tratante.

### **Consentimiento para los servicios de salud conductual**

Presto mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual según sea adecuado para ayudar a mi tratamiento médico, lo que incluye, entre otros, la evaluación y el tratamiento de afecciones mentales y/o abuso de sustancias.

### **Derechos del paciente**

Además del Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA, entiendo que es política de Adapt ofrecer a los pacientes una copia impresa y una oportunidad de revisar lo siguiente al momento de admisión a cualquiera de los programas de salud del comportamiento de Adapt certificados por el estado:

- Política de derechos de la persona
- Política y formulario de reclamación
- Políticas de prestación de servicios

### **Instrucciones por adelantado**

Reconozco que Adapt proporciona una oportunidad al momento de admisión de completar o proveer copias de instrucciones por adelantado. Si recibo servicios de parte de cualquiera de los programas de salud del comportamiento de Adapt certificados por el estado, el personal me dará información sobre la Declaración de Oregón sobre el Formulario de Tratamiento de Salud Mental, su objetivo e información de contacto de una persona que pueda responder preguntas adicionales.

### **Divulgación de la información**

Reconozco que me brindaron el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Adapt y que toda divulgación de información no permitida por ley requerirá mi autorización. Autorizo a Adapt a divulgar a mis compañías de seguro por correo, fax, de forma electrónica o verbal toda información necesaria para determinar las prestaciones y para facturar los servicios prestados. Algunos departamentos de Adapt se encuentran bajo protección federal de privacidad para programas de tratamiento de abuso de sustancias. Si mis servicios incluyen información protegida por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Adapt solicitará mi autorización en un formulario de divulgación de información antes de facturar a mi compañía de seguros.

### **Información sobre proveedores de servicios y personal adicionales**

Entiendo que, de vez en cuando, otras personas me pueden observar o prestar atención médica, incluidos, entre otros, estudiantes de la profesión de salud y profesionales administrativos o de atención médica en orientación o capacitación.

### **Certificación de discapacidad y adaptaciones especiales**

Entiendo que el centro de salud limita los servicios prestados a aquellos de naturaleza médica. Toda solicitud de servicios administrativos adicionales, como una certificación de discapacidad y adaptaciones especiales, que requiera una determinación de discapacidad deberán ser brindados por un proveedor médico o de salud del comportamiento en otra ubicación. Un proveedor de Adapt puede completar la documentación para discapacidad de corto plazo o FMLA/OFLA y estará sujeta a un costo administrativo de \$25. El motivo de esta política es evitar que el cumplimiento de funciones administrativas interfiera con la atención médica de los pacientes.

### **Consentimiento sobre responsabilidad financiera y facturación**

Todos los clientes son responsables del pago total de todos los servicios. Entiendo que es mi responsabilidad verificar esta cuestión y la cobertura de los servicios con mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todo deducible, copago, coaseguro, servicio no cubierto o servicio considerado “no necesario por razones médicas” por mi compañía de seguros. Los copagos y coaseguros serán cobrados al momento del servicio. Además, elijo no facturar a mi compañía de seguros por una visita específica y seré entonces responsable por el costo total de los servicios sin descuentos brindados en esa visita. Entiendo que si mi cheque es rechazado por fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés) o por ser librado desde una cuenta cerrada, seré responsable por una comisión de \$25 por el procesamiento. Entiendo que si no realizo los pagos programados y/o no realizo acuerdos de pagos con el departamento de facturación de Adapt, mi cuenta puede ser asignada a una agencia de cobro externa.

### **Designación para cobertura de seguros**

Entiendo que esto funciona como una designación directa de mis beneficios médicos de Medicare, Medicaid, otro proveedor del gobierno o cualquier otra compañía de seguros comercial/privada, a recibir pagos de Adapt. Si recibo pagos directamente de mi compañía de seguros, acuerdo otorgarlos a Adapt para pagar mi cuenta.

Información de laboratorio:

- Las pruebas en la clínica son facturadas por cortesía por Adapt a las compañías de seguro.
- Las muestras recopiladas y enviadas a laboratorios externos serán facturadas por el laboratorio en cuestión. Algunas ubicaciones tienen Mercy y Cordant disponibles en el lugar para conveniencia del paciente, pero no son parte de Adapt.

### **Remisiones**

Entiendo que puedo elegir recibir pruebas de diagnóstico o tratamientos/servicios de atención médica en instalaciones distintas de las recomendadas por mi proveedor de servicios de atención médica. Entiendo que si elijo que me realicen la prueba de diagnóstico, el tratamiento o servicio de atención médica en una instalación distinta de la recomendada por mi proveedor de atención médica, seré responsable de determinar la extensión de la cobertura o la limitación de la cobertura, según corresponda. Un proveedor de atención médica no puede negar, limitar o retirar una remisión solo porque yo elijo que me realicen la prueba de diagnóstico o el tratamiento o servicio de atención médica en una instalación distinta a la recomendada por mi proveedor de atención médica.

**Registro de votantes**

Entiendo que el personal me ofrecerá la oportunidad de registrarme para votar al momento de admisión.

Al leer y firmar este formulario, acepto mis derechos y responsabilidades como paciente y presto mi consentimiento para el tratamiento y los servicios brindados por Adapt. Además, al firmar este formulario, certifico que no he ocultado información sobre cobertura de seguro existente al momento de este servicio y que no existe otra cobertura de seguro más allá de la que brindé. Acepto plena responsabilidad por todos los costos, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no. He autorizado a Adapt a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros para que realice el pago. He leído y entiendo la información que antecede y autorizo el pago de beneficios de seguros directamente a Adapt por los servicios prestados.

---

**Firma del paciente o tutor legal/Representante personal  
(Marque uno)**

---

**Fecha**

---

**Aclaración del paciente**

---

**Aclaración del firmante y relación si no es  
el paciente**