

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Pago.** Autorizo a University of Louisville Physicians, Inc. (UofL Physicians) a presentar reclamos por mi cuenta directamente a Medicare/Medicaid/mi compañía de seguro de salud privada. Esto significa que UofL Physicians dirigirá el pago por suministros y servicios proporcionados. Entiendo que soy financieramente responsable con el/los proveedor(es) por los cargos no pagados o pagaderos. Le autorizo a dar a conocer la información necesaria a las compañías de seguro relacionada con las enfermedades y el tratamiento para procesar los reclamos. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el Tratamiento.** Consiento para que UofL Physicians administre tratamientos, pruebas y/o pruebas de diagnóstico para tratar lesión o enfermedad mía/del paciente, como paciente ambulatorio. Reconozco que no hay garantías en cuanto al resultado de cualquier tratamiento que yo/el paciente reciba. En cumplimiento con la ley estatal, como parte de la atención que se proporcione, se puede realizar una prueba para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA), hepatitis, u otras enfermedades infecciosas o transmisibles por vía sanguínea si el doctor, APRN, o Asistente de Médico ordena la prueba con fines de diagnóstico debido a la historia médica, síntomas, o condiciones mías/del paciente. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Receta Electrónica.** Entiendo que UofL Physicians utiliza la tecnología para recetar electrónicamente y participa con SureScripts. SureScripts opera el Pharmacy Health Information Exchange, que facilita la transmisión electrónica de la información en la receta entre los proveedores y los farmacéuticos. SureScripts también proporciona datos de la receta sobre cualquier medicamento, conocido como la historia de los medicamentos, que se recetan para mí/el paciente. Iniciales: \_\_\_\_\_

**Llamadas al Teléfono Celular.** Como un servicio para nuestros pacientes, proporcionamos una llamada de cortesía recordatoria de la cita y posiblemente otras llamadas importantes que puedan realizarse utilizando un mensaje pregrabado. Al proporcionarnos el número de su teléfono celular, usted consiente en recibir tales llamadas a este número.

**La participación de otros en la Atención.** Autorizo a UofL Physicians a proporcionar y discutir la atención y las necesidades médicas mías/del paciente con las siguientes personas:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación/Parentesco	Teléfono

**Derechos y Responsabilidades del Paciente**

Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_

**Fotografía del paciente menor de edad**

Consiento para que UofL Physicians fotografíe al paciente para fines de identificación solamente \_\_\_\_\_ Rechazado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/Padre/Tutor Legal/Representante Legal Autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Si es el Padre/Tutor Legal/Representante Legal Autorizado, escriba el Nombre en Imprenta** \_\_\_\_\_