



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

### **NOMBRE DEL PACIENTE:**

**Consentimiento para tratamiento:** Teniendo en cuenta que yo (o el paciente que se indica en la parte superior de este formulario) sufro/sufre de un padecimiento que requiere tratamiento médico, yo de mi propia voluntad doy mi consentimiento para recibir dicha atención médica. Doy mi consentimiento para procedimientos de diagnóstico de rutina, radiografías y tratamientos médicos por parte de médicos del AtlantiCare Physician Group y demás proveedores de atención médica a los que se les pida consulta o que asistan con mi atención médica y que mi médico de cabecera estime necesarios. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de mi atención médica, tratamiento o exámenes del AtlantiCare Physician Group. A los pacientes del AtlantiCare Physician Group se les da tratamiento independientemente de su raza, color, edad, país de origen, discapacidad o religión.

Firma del paciente o representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha desde: \_\_\_\_\_ hasta: 31/diciembre/ 2022

(La firma del representante es necesaria si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento): \_\_\_\_\_

Relación del representante con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

El paciente no puede dar su consentimiento porque: \_\_\_\_\_

**Acuso de recibo de las Normas de Privacidad:** Entiendo y se me entregó el *Aviso de las Normas de Privacidad* de AtlantiCare que ofrece una descripción más detallada de los diferentes usos y maneras de divulgar la información. Entiendo que tengo derecho a leer el aviso antes de firmar este consentimiento. AtlantiCare se reserva el derecho de hacer cambios a su Aviso de Privacidad. En todas las áreas de inscripción de pacientes hay copias disponibles del aviso modificado. Con la firma de este formulario, yo reconozco que se me dio la oportunidad de analizar el Aviso de las Normas de Privacidad de AtlantiCare antes de firmar este consentimiento y tomar decisiones relacionadas con mi atención médica.

Firma del paciente o representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha desde: \_\_\_\_\_ hasta: 31/diciembre/ 2022

### **Términos y condiciones generales:**

1. Yo entiendo que como parte de mi atención médica, el AtlantiCare Physician Group produce y mantiene archivos que describen mis antecedentes médicos, síntomas, exámenes y resultados de pruebas médicas, diagnósticos, tratamientos y planes de atención médica en el futuro. Esta información se usa tal y como se describe en el Aviso de las Normas de Privacidad y para: planificar mi atención médica y tratamiento, comunicarse con los profesionales que participen en mi atención médica, asignar a mi factura mi diagnóstico y la información relacionada con procedimientos, verificar los servicios prestados a terceros encargados del pago, y para gestiones de rutina tales como cumplir con los requisitos de informes, revisión del uso de recursos y actividades de evaluación de la calidad.
2. Estoy consciente y se me informó que yo (o el paciente) padezco/padece de una enfermedad que requiere tratamiento médico para el cual me presento y de mi propia voluntad doy mi consentimiento para recibir dicha atención médica. Doy mi consentimiento para procedimientos y tratamientos de rutina por parte del personal médico y demás afiliados y profesionales de la salud del AtlantiCare Physician Group a quienes se les pida consulta o que asistan con mi atención médica y que sea necesaria según su experiencia profesional. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de mi atención médica, tratamiento o exámenes del AtlantiCare Physician Group.
3. El AtlantiCare Physician Group mantiene registros médicos impresos, en microfilme y/o medios electrónicos, incluida identificación fotográfica, a los que pueden tener acceso cualquier médico o proveedor de atención médica que participe en mi atención médica actual o futura. Entiendo que estos registros contienen información sobre mi diagnóstico y tratamiento y pudieran contener o no información relacionada con asuntos de psiquiatría, abuso de bebidas alcohólicas o drogas, y pruebas o asesoramiento sobre el VIH. Los registros médicos se divulgan conforme a las leyes aplicables del estado de New Jersey, las leyes 42 y 45 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.) y las disposiciones de este consentimiento.
4. Por este medio asigno a los médicos del AtlantiCare Physician Group que participen en mi atención médica y a otros profesionales de la salud acreditados todos y cada uno de los derechos o beneficios a los que yo pudiera tener derecho conforme a cualquier seguro médico o de responsabilidad civil. Exonero al AtlantiCare Physician Group de toda reducción de beneficios de salud que mi aseguradora haga debido al incumplimiento de toda cláusula o condición que aparezca en mi póliza y que exija: notificación, certificación previa, autorización previa o con carácter retroactivo o revisión del uso de recursos de los servicios médicos que yo reciba. Estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todo deducible, coaseguro, y servicios no cubiertos que mi póliza de seguro no cubra.
5. Estoy de acuerdo en pagar al AtlantiCare Physician Group la suma total y definitiva de todas y cualquiera de las facturas por los servicios prestados a mi persona (o al paciente nombrado aquí) que el seguro no cubra. Autorizo al AtlantiCare Physician Group a usar en mi nombre el proceso de apelación de mi empresa aseguradora por todo servicio denegado.
6. Certifico que la información que brindé al momento de solicitar el pago conforme al título XVIII y XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. De ser pertinente, certifico que leí el Mensaje importante de Medicare.
7. Doy mi consentimiento a acceder electrónicamente por grupo médico de AtlantiCare de mi historia con receta en las farmacias externas a fin de verificar mis medicamentos como sea necesario para mejorar la exactitud de mi lista de medicamentos.

Al firmar este consentimiento, indico que entiendo el contenido de este documento y que estoy de acuerdo con sus disposiciones, incluida la divulgación de información conforme al Aviso de las Normas de Privacidad de AtlantiCare. Firmo este consentimiento de mi propia voluntad. Firma del paciente o representante del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha desde: \_\_\_\_\_ hasta: 31/diciembre 2022

Relación del representante con el paciente Testigo: El paciente no puede dar su consentimiento porque: \_\_\_\_\_