CHA Cambridge Health Alliance

Ambulatory Services Consent for Treatment (Spanish)

Nombre del paciente:_____

Fecha de nacimiento:_____

Mis Acuerdos (Consentimiento para el Tratamiento)
Servicios Ambulatorios

¡Bienvenido a Cambridge Health Alliance! En cumplimiento con la ley estatal necesitamos su permiso (consentimiento) antes de poder brindarle asistencia médica. Si hay algo que no entiende, no dude en preguntar. ¡Estamos aquí para ayudarle!

Cuándo haya entendido y esté de acuerdo, firme este papel.

1. Algunas de las personas de mi equipo de cuidado pudieran ser estudiantes o médicos haciendo la especialidad, sin embargo siempre hay un médico calificado a cargo de mi cuidado. Tengo el derecho de negar cualquier cuido por un médico, una enfermera u otro persona de cuido medico.

2. Si no es una emergencia, puedo negarme a recibir cualquier tratamiento de cualquier profesional de la salud. Sin embargo, en caso de una emergencia médica, el personal pudiera darme la atención antes de que yo dé permiso para ésto.

3. Entiendo que mi proveedor enviará recetas electrónicamente a mi farmacia. Mi proveedor podrá ver las recetas que me entreguen las farmacias, incluyendo los medicamentos prescritos por otros proveedores Este proceso ayuda a evitar errores y ayuda a mi proveedor a darme el mejor y mas seguro cuidado posible.

4. Voy a tener que pagar las cuentas que mi seguro no cubre (esto incluye co-pagos y deducibles)., El seguro mandará el pago a ustedes (Cambridge Health Alliance y Cambridge Health Alliance Physician Organization) no a mí. Estoy incluye pagos del Medicare.

5. Puedo buscar más detalles sobre cómo usted utiliza y comparte mi información médica en la Nota de las Prácticas de Privacidad que he recibido. Entiendo que puedo solicitar una restricción sobre la forma en que se utiliza o comparte mi información médica, pero que es posible que no puedan cumplir con mi solicitud.

6. Entiendo que tratan mi información médica como algo confidencial, como lo definen las leyes de privacidad estatales y federales. Estas leyes les permiten compartir mi información médica, según sea necesario, dentro Y fuera de esta organización para:
   (1) darme tratamiento, (2) para recibir pago por mi atención, (3) ayudarle a mejorar la forma de prestar cuidados a la salud.

Yo entiendo y estoy de acuerdo de que Doy mi consentimiento para recibir atención médica. Mi hijo recibirá una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad
al momento del tratamiento. Entiendo que, si bien puedo retirar este consentimiento en cualquier momento si lo solicito por escrito, no puedo anular mi consentimiento con respecto a las acciones que ya se hayan realizado.

Firma del paciente (tutor o opoderador) Patient Signature (Guardian/Proxy)	Data/hora Date/Time	Relación con el paciente Relationship to Patient

ID del intérprete Interpreter ID:_____
☐ Teléfono Phone ☐ Video Video ☐ En persona In Person

Firma del intérprete (si está presente) Interpreter Signature (if present) Data/hora Date/Time