

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

CONTRATO GENERAL DE SERVICIOS AMBULATORIOS

El presente formulario se aplica a todos los lugares donde desarrolle práctica profesional el consultorio Anne Arundel Dermatology. Este formulario debe ser completado por todos los pacientes nuevos y luego, como mínimo con periodicidad anual o toda vez que se produjeran cambios en el seguro del paciente.

- 1. CONSENTIMIENTO RESPECTO DEL TRATAMIENTO:** Consiento recibir los servicios de atención médica y/o cosmética provistos por las entidades nucleadas bajo el nombre Anne Arundel Dermatology ("AAD", por su sigla institucional oficial en inglés). Entiendo que tales servicios podrían incluir, entre otros no enumerados aquí, el examen y tratamiento de trastornos cutáneos, la realización de criocirugías, biopsias depilatorias, biopsias punzantes u otras pruebas mínimamente invasivas sobre lesiones, así como también el envío de muestras a servicios de patología o laboratorios para su diagnóstico. Autorizo el examen, uso, almacenamiento y descarte de todos los tejidos, fluidos o muestras que se extraigan de mi cuerpo. Reconozco que no se me ha formulado garantía ni promesa contractual alguna en cuanto al resultado o la cura de mi enfermedad. Entiendo que podría ser sometido a una prueba de VIH y tener el derecho de abstenerme de realizarla. Entiendo que se me pedirá mi consentimiento para las pruebas de VIH, entre otras, en caso de haberse producido una exposición involuntaria de un trabajador de la salud.
- 2. PAGO DE LOS SERVICIOS:** Entiendo que AAD podría facturarle a mi plan de salud por la atención que yo reciba. Acepto que los pagos procedentes de mi plan de salud podrían ir directamente a favor de Anne Arundel Dermatology. Si llegara yo a recibir dichos pagos, yo entiendo que seré responsable de pagarle a AAD. Entiendo que debo abonar todo copago o cualquier otra parte de la factura que mi plan de salud me indique que deba pagar. Me consta la probabilidad de que yo tenga que pagar este concepto antes de ser tratado. Entiendo y acepto que si mi plan no paga la atención brindada por un hospital o un médico, yo seré quien deba hacerlo. Entiendo que AAD me hará responsable ante la ocurrencia de cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Siempre que optara por recibir un servicio que mi plan de salud cubre pero que yo no lograra obtener la debida orden de derivación o autorización de mi plan de salud.
 - Siempre que eligiera usar mi plan de salud y aceptara pagar por tales servicios yo mismo. (Utilice el Formulario No facturarle al Seguro).
 - Siempre que mi plan de salud no participe junto con AAD en la prestación de los servicios que yo deseo o necesito y yo esté de acuerdo en pagar por tal atención yo mismo.
 - Siempre que reciba servicios que no están cubiertos en virtud de mi plan de salud, incluidos los servicios cosméticos.

Si mi plan de salud está sujeto a la ley ERISA (la Ley de Seguridad en el Ingreso de los Retirados vigente en los EE. UU.), acepto que AAD actúe en mi nombre y representación para obtener mis beneficios siempre que AAD requiera hacerlo. También estoy de acuerdo en que AAD puede apelar por mí si el plan de salud dijera que no pagará por mi atención. Asimismo, entiendo que yo debo cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por mi plan de beneficios al empleado.

- 3. CONSENTIMIENTO RESPECTO DE FOTOGRAFÍAS:** Entiendo que es probable que se realicen o conserve un registro de fotografías, grabaciones de video, sean imágenes digitales o de cualquier otra índole, para fines de identificación, tratamiento y pago. Autorizo específicamente por escrito cualquier otro uso o difusión de mi imagen o grabación.
- 4. EMISIÓN DE RECETAS ELECTRÓNICAS:** Autorizo SureScripts, como red emisora de recetas médicas electrónicas, a difundir mi historial de resurtido de medicamentos a AAD a los efectos de mi tratamiento continuo.

- 5. MIS PERTENENCIAS PERSONALES:** Entiendo que soy responsable de mis pertenencias y objetos de valor personales.
- 6. DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo a los consultorios AAD a difundir mi información clínica a los efectos atinentes al tratamiento, pago o intervenciones clínicas. La información relativa a la atención clínica respecto de encuentros anteriores en cualquier otro consultorio AAD podría ponerse a disposición de los posteriores consultorios intervinientes afiliados a AAD a los efectos de poder coordinar la atención dispensada. La información clínica se podrá difundir a cualquier persona física o jurídica responsable del pago efectuado a nombre del Paciente, con el fin de poder verificar las cuestiones atinentes a la cobertura o a los pagos, o por cualquier otro motivo que guarde relación con el pago de un beneficio. La información clínica también podrá difundirse al apoderado de mi empleador toda vez que los servicios prestados se relacionen con un reclamo fundado en la ley de accidentes de trabajo.

Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la difusión de mi información clínica a la Administración de la Seguridad Social o a sus intermediarios o aseguradores para proceder con el pago de un reclamo de Medicare o bien a la respectiva agencia estatal competente para poder efectivizar el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información podría incluir, entre otros datos, mi historia clínica y demás informes de exámenes físicos, operaciones o laboratorio, apuntes sobre mi evolución clínica tomados por los médicos o las enfermeras, y los resultados de las consultas.

Tanto las leyes federales como estatales podrían permitirle a este consultorio médico que participe en organizaciones conformadas junto con otros prestadores de atención clínica, aseguradores u otros participantes de la industria de la salud, además de sus respectivos subcontratistas, con el fin de que estas personas o entidades puedan compartir mi información clínica entre ellas a los efectos de poder cumplir objetivos profesionales como ser, entre otros, los siguientes: mejorar la precisión e incrementar la disponibilidad de mi historia clínica; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; acumular y comparar mi información para poder mejorar la calidad de su servicio profesional; además de cualquier otra finalidad permitida por ley. Entiendo que esta institución podría ser miembro de al menos una de esa clase de organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente la información concerniente a trastornos psicológicos o psiquiátricos, afecciones relacionadas con discapacidades intelectuales, información genética, trastornos de dependencia farmacológica o enfermedades infecciosas, entre las cuales se pueden incluir enfermedades de transmisión sanguínea, como son el VIH y el SIDA.

REVELACIONES A FAMILIARES Y AMIGOS: Doy mi permiso para que mi Información Clínica Protegida sea revelada con el fin de poder comunicar resultados, hallazgos y decisiones terapéuticas a mis familiares, entre otras de las personas enumeradas a continuación:

	Nombre	Relación	Número de contacto
1.			
2.			
3.			

El Paciente o su Representante puede revocar o modificar esta autorización específica toda vez que dicha revocación o modificación se efectúe por escrito.

- 7. CONSENTIMIENTO RESPECTO DE LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA Y LA LEY DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR:** Acepto que, toda vez que proporcione mis números de teléfono fijo o celular que figuran más abajo, estoy prestando mi consentimiento expreso para que AAD y sus asociados, cesionarios, sucesores y agentes, puedan comunicarse conmigo a esos números, o a cualquier otro número telefónico que yo adquiriera en lo sucesivo y para que dejen mensajes de voz en vivo o pregrabados o bien para que me envíen mensajes de texto, respecto de la programación ya concertada, o la reprogramación, de mis turnos, así como también mensajes relativos a mis servicios o facturas. Para una mayor eficiencia, tanto los llamados como los mensajes de texto podrán ser enviados por un discador automático. Me consta que, como consecuencia de prestar mi consentimiento, podría recibir futuros llamados o mensajes de texto que transmitan mensajes pregrabados

directa o indirectamente por AAD. Su compañía telefónica podría aplicarle cargos por ello. Suministrar un número de teléfono fijo o celular no constituye condición necesaria para recibir los servicios objeto del presente contrato.

Usted podría recibir mensajes de correo de voz, texto o correo electrónico para recordarle un turno, obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de salud y brindarle información sanitaria general. Presto mi consentimiento para recibir comunicaciones sobre salud en el número de teléfono o dirección de correo electrónico provisto. Este pedido de envío de mensajes de correo electrónico o de texto se aplica a las comunicaciones futuras salvo que solicite por escrito un cambio al respecto.

Teléfono fijo particular: _____ . Teléfono celular: _____ .

Dirección de correo electrónico autorizada: _____ .

(Iniciales) _____ Rechazo recibir comunicaciones vía mensajes de texto

(Iniciales) _____ Rechazo recibir comunicaciones vía mensajes de correo electrónico

Revocación

Por el presente revoco mi pedido de futuras comunicaciones a través de mensajes de correo electrónico o texto.

____ Por el presente revoco mi pedido de recibir recordatorios de turnos futuros, comentarios o informaciones generales sobre salud a través de mensajes de texto.

____ Por el presente revoco mi pedido de recibir recordatorios de turnos futuros, comentarios o informaciones generales sobre salud a través de mensajes de correo electrónico.

NOTA: La presente revocación sólo se aplica a las comunicaciones procedentes de este Consultorio.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente o del Representante del Paciente: _____

Fecha:

Hora:

- 8. AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he recibido y revisado el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de AAD. Entiendo que podría comunicarse con el Encargado de Privacidad en caso de tener alguna duda o queja. En la medida permitida por ley, presto mi consentimiento para el uso y la difusión de mi información a los efectos descritos en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad del Consultorio.

Acepto los puntos tal como se describen en el Contrato.

Nombre (en letra de imprenta): _____ Firma: _____

Relación con el Paciente (Paciente mismo/Progenitor/Representante personal):
