



Consentimiento Para Tratamiento (Consent To Treat)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO: Voluntariamente y con mi consentimiento acepto recibir servicios médicos por parte de los médicos de The [El Centro de Cancer y Desordenes de Sangre](#), empleados, asociados de negocios, asistentes o cualquier otro proveedor de servicios de salud según se considere necesario para el cuidado de mi salud. Yo entiendo que estos servicios pueden incluir diagnóstico, exámenes y tratamiento médico. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía sobre alivio o el resultado de mi tratamiento. Yo entiendo que este consentimiento será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me preste atención médica en las Clínicas Ambulatorias de El Centro, a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso y este aviso sea enviado a cada clínica donde se me prestó atención médica. Yo autorizo El Centro divulgar mi información medica con el fin de que continúe la atención, tus pagas y otras necesidades. Doy autoridad a El Centro de obtener registros medicos de proveedores pasados para continuar servicios medicos.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS: En consideración por haber recibido servicios médicos en esta institución, y por este medio, yo traspaso mis derechos, título, e intereses en todos los reclamos que se hagan en nombre mío a la compañía de seguro médico, Medicare/Medicaid, y a terceras partes, por pagos de servicios médicos que en otra instancia serían pagados a mí, a los médicos de El Centro de Ingresos Médicos para recibir estos pagos. También doy autorización para que el pago sea directamente enviado a los médicos de de Ingresos Médicos. Acepto pagar todos los gastos por servicios médicos que no hayan sido cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, o terceras partes, y acepto hacer pagos de acuerdo a las condiciones establecidas por El Centro. Certifico que este documento me ha sido plenamente explicado, lo he leído, o me ha sido leído, y que entiendo su contenido.

Certifico también que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta y verdadera es mi responsabilidad para notificar El Centro a cambios a mi addresso e numero de teléfono, doctoro o seguro medico.

_____ (Iniciales del paciente)

Yo **(acepto) (no acepto)** elusode fotografias, video, o audio para uso medico.

Disposición por anticipado: Yo he firmado una Disposición por anticipado. ____ SI ____ NO

(Iniciales del paciente); Su respuesta es sí, ¿esta vigente? ____ SI ____ NO;

He proporcionado una copia firmada a El Centro: ____SI ____NO

Aviso de normas de privacidad: He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad _____ (Iniciales del paciente)

FECHA

HORA

Paciente/otra persona legalmente autorizada

TESTIGO

Imprima su nombre

Imprima su nombre y parentesco con el paciente