

Women's Health Center of Clarksville

Dr. Lisa McIntosh, MD & Dr. William McIntosh, MD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO

- Doy mi consentimiento para una evaluación médica y tratamiento con oficina basada en los procedimientos necesarios para el cuidado de mi salud. Entiendo que este consentimiento no se extinguirá. Acepto que no hay garantías de protección de mis discos de liberación ordenada por la corte.
 - Entiendo que puedo solicitar restricciones en como mi información de salud sea utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento u operaciones de salud, pero que el Centro de Salud de la Mujer de Clarksville no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas.
 - Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud protegida para fines de diagnóstico médico, proporcionar tratamiento, obtener pago, o para llevar a cabo operaciones necesarias de cuidado de la salud, y para autorizar el pago directo de las prestaciones de seguro médico para el Centro de Salud de la Mujer de Clarksville para los servicios realizar. También entiendo y acepto que soy responsable del pago de todos los cargos válidos no pagados por mi seguro médico.
 - Servicios de laboratorio pueden ser proporcionados por grupo de rutas - un laboratorio externo de referencia contratado. Cualquier cargo del laboratorio acumulados por pagar auto se facturará al paciente a través de grupos de rutas. Yo acepto la responsabilidad por los cargos de laboratorio válidas no cubiertos por mi plan de seguro médico.
 - Ciertos servicios de ultrasonido puede ser proporcionada por el Grupo Materno Fetal de Nashville - un grupo contratado fuera. Cualquier cargo de ultrasonido devengados por pago auto se facturará al paciente a través del Grupo Fetal Maternal. Yo acepto la responsabilidad por los cargos de ultrasonido válidos que no están cubiertos por mi plan de seguro médico.
 - He recibido y entendido el Centro de Salud de la Mujer de Clarksville Aviso de prácticas de privacidad.
 - Tengo el derecho de rechazar la firma de este consentimiento, pero al hacerlo estoy obligado a pagar por todos los servicios por adelantado en el momento del servicio.
- Política de No Arribo

Nuestra política es que usted notifique a la oficina por lo menos con 24 horas de anticipación si no puede asistir a una cita. En caso de que usted no se presenta una cita más de una vez, habrá una cuota de \$ 25.00 no show (no cubierto por el seguro) con cargo a usted que se deba a fin de reprogramar su cita perdida. Tres o más citas perdidas pueden resultar en el despido de la práctica.

NO POLÍTICA DE NIÑO

- ** Hay una política estricta que ningún niño en el Centro de Salud de la Mujer de Clarksville. La única excepción son los recién nacidos menores de 6 semanas de edad. Tenemos esta política estricta en el lugar para garantizar la seguridad, la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas y sus hijos no nacidos. Los niños pequeños pueden llevar a enfermedades infecciosas que pueden comprometer la inmunidad sensible de las mujeres embarazadas y sus bebés por nacer. Por favor no traiga niños dentro del edificio o de su cita será reprogramada. Gracias por su comprensión.

HIPAA (Health Insurance Portability y Accountability Act) Formulario de Representante Personal

Al enumerar mis representantes personales y firmar a continuación, autorizo a la siguiente persona (s) para poder obtener o solicitar mi información médica protegida. Esta información puede incluir información sobre la atención clínica, así como la información de facturación y seguro médico. Entiendo que la información de salud protegida a conocer al destinatario siguiente (s) pueden ser más divulgada por ese destinatario (s).

La persona (s) enumeran a continuación son mis representantes personales y tendrán acceso a mi información protegida de la salud:

Nombre (en letra de molde)	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Relación
_____	____ / ____ / ____	____ - ____ - ____	_____
_____	____ / ____ / ____	____ - ____ - ____	_____

_____ Por favor marque aquí si quieres listar una de las personas mencionadas como su contacto de emergencia

Por favor escriba su nombre y número de teléfono de contacto de emergencia: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Padre / Tutor si el paciente es menor de edad: _____