

Iniciales De Paciente
Number _____

Patient ID

_____ **AVISO DE POLÍTICAS FINANCIERAS**

Mission East Dallas cobrará a las personas que reciben servicios médicos la tarifa habitual y de costumbre que prevalezca en esta zona. Se prestarán servicios de salud a un precio reducido a las personas calificadas que no puedan pagar el precio completo por los servicios. Además, se cobrará a las personas por servicios en la medida en que el pago se efectúe por un tercero autorizado o bajo la obligación legal de pagar los gastos.

Mission East Dallas no discriminará a ninguna persona que reciba servicios de salud debido a su incapacidad para pagar el precio completo de servicios o porque el pago por los servicios de salud se haga bajo los programas Medicare o Medicaid,

ya que tenemos acuerdos para aceptar la asignación y prestación de servicios cuyo pago puede hacerse bajo estos programas.

_____ **AUTORIZACIÓN DE PAGO DEL SEGURO Y ACUERDO FINANCIERO**

Acepto la responsabilidad financiera por todos los tratamientos proporcionados por Mission East Dallas. Autorizo a Mission East Dallas a divulgar cualquier información dada a mi empresa aseguradora que pueda ser necesaria para procesar los reclamos de seguros. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Mission East Dallas y reconozco que soy financieramente responsable por cualquier saldo no pagado.

_____ **CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO**

AL PACIENTE:

Usted tiene el derecho, como paciente, de ser informado sobre su padecimiento y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se usará, de modo que usted puede tomar o no la decisión de someterse a cualquier procedimiento o tratamiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros relacionados. En este punto de su cuidado médico, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso con el fin de realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento, o procedimiento apropiado para cualquier padecimiento identificado.

Esta autorización nos da su permiso para realizar los exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar en la parte inferior, usted indica que (1) tiene la intención que este consentimiento sea continuo en naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento, y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite bajo propiedad común. El consentimiento permanecerá efectivo hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho a suspender los servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su proveedor sobre el propósito, riesgos y beneficios potenciales de cualquier prueba ordenada para usted. Si usted tiene alguna preocupación con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su médico, lo animamos a preguntar lo que desee.

_____ **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Solicito voluntariamente un médico, dentista, o proveedor de nivel medio (enfermera, asistente médico o especialista en enfermería clínica) y otros proveedores de servicios de salud o los designados según se considere necesario, para llevar a cabo los exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios, para el padecimiento que me ha traído a buscar atención en este consultorio médico. Entiendo que si se me recomiendan pruebas, procedimientos invasivos o intervencionistas adicionales, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicional antes de las pruebas o procedimientos. Certifico que he leído y entiendo totalmente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento completamente y voluntariamente sus contenidos.

Una fotocopia o imagen escaneada de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Firma del paciente (firma del tutor si es menor de 18 años)

Fecha

Nombre
