

ACUERDO DE FINANCIAMIENTO Y ACUERDO DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

Relación del tratamiento: Estoy de acuerdo con el cuidado médico, el tratamiento, y los exámenes diagnósticos indicados por el médico tratante o a quien designe. Baylor College of Medicine (BCM) es una institución educativa y puede involucrar a estudiantes o residentes en mi cuidado médico. Puedo pedir y recibir información sobre la afiliación específica de cualquier proveedor médico que esté involucrado con mi cuidado médico.

Cómo se comparte la información de salud para el tratamiento y la continuidad de la atención: BCM puede compartir mi información médica para operaciones de tratamiento, de pago y de atención médica y según lo descrito en el Aviso de prácticas de privacidad de BCM. Entiendo que BCM puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud (HIE, por su sigla en inglés) para compartir en forma electrónica mi información de salud protegida para fines de tratamiento con otros proveedores involucrados en mi atención. Esta puede incluir, por ejemplo, tratamientos, prescripciones, resultados de laboratorio, antecedentes médicos y de prescripciones, información de facturación, información sensible (VIH, pruebas/asesoramiento genético, información de salud mental y abuso de drogas/alcohol) y otra información de salud protegida.

Puedo “excluirme voluntariamente” de permitir que se divulgue mi información de salud protegida a través de los sistemas HIE y para hacerlo debo firmar y proporcionar el Formulario de exclusión voluntaria de Baylor College of Medicine. Si tiene preguntas acerca de cómo compartimos los registros de forma electrónica o si desea excluirse voluntariamente de los HIE, consulte a un representante de BCM para obtener más información.

Designación de los beneficios del seguro médico/Responsabilidad financiera del paciente: Reconozco que soy legalmente responsable por todos los cargos relacionados al cuidado médico y al tratamiento dado por BCM. Designo todos los derechos, los títulos e intereses en pagos de terceros y autorizo pagos a Baylor College of Medicine. Entiendo que mi proveedor de seguro médico puede rechazar y no reembolsarme por completo mis servicios médicos a causa de tasas, exclusiones de beneficios, límites de cobertura, falta de autorización o necesidad médica. Entiendo que soy responsable por los cargos que no se paguen por completo, el copago, los deducibles y el coaseguro excepto donde mi responsabilidad está limitada por un contrato, el estado o leyes federales.

Exposición accidental de un trabajador de cuidado médico: Entiendo que la ley de Texas estipula que en caso de que un trabajador de cuidado médico sea expuesto a mi sangre o fluidos corporales, mi sangre puede ser examinada para el anticuerpo VIH o cualquier otra enfermedad contagiosa sin costo alguno para mí.

Reconocimiento de la Notificación de prácticas de privacidad: Reconozco que he recibido la Notificación de prácticas de privacidad, la cual explica como BCM puede usar y compartir mi información médico protegida. Si tiene preguntas sobre esta Notificación, por favor de comunicarse con la oficina de privacidad de BCM (BCM Privacy Office). Su información está en la Notificación.

Nombre del Paciente (Letra en molde): _____

Nombre del representante legal* (Letra en molde): _____

Relación del representante legal al paciente: _____

***Adjunte los documentos que demuestran la autoridad legal para actuar en nombre del paciente.**

Firma: _____ Fecha: _____