

SEGURO, MEDIACIÓN Y SU ATENCIÓN
ASIGNACIÓN DE SEGURO

Solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare/otra Compañía de Seguros se haga a este consultorio/proveedor por cualquier servicio que me proporcione la parte que acepte la asignación/médico. Se aplican todas las regulaciones relativas a la asignación de beneficios de Medicare. Los pacientes son responsables de todos los deducibles del coaseguro, y los servicios no cubiertos, que es la determinación del cargo de su compañía de seguros.

Autorizo a que cualquier persona encargada de mi información médica o de otro tipo divulgue a la Administración del Seguro Social y a la Administración de Financiación de la Atención Médica o a sus intermediarios u operadores cualquier información necesaria para este reclamo o para el reclamo relacionado con Medicare/Otras Compañías de Seguros. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de los beneficios del seguro médico, ya sea a mí o a la parte que acepte la asignación. Entiendo que es obligatorio informar al proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar mi tratamiento.

MEDIACIÓN

Promovemos la comunicación abierta y pedimos a nuestros pacientes que firmen este acuerdo de mediación. Aunque no anticipamos ningún problema o preocupación durante el curso de su tratamiento, si surgiera alguno, usted (y/o su asesor legal) y su proveedor de atención médica (y/o su asesor legal) acuerdan reunirse con un mediador neutral y trabajar hacia una solución. Se encuentre o no una solución, la mediación puede posponer pero no elimina ni bloquea sus derechos legales. Es importante señalar que usted está de acuerdo en que cualquier uso o inferencia de un "reclamo" se entenderá y leerá como "reclamo potencial" hasta que se complete la mediación. Esta designación nos permite comenzar de una manera menos formal que se ha demostrado que acelera el proceso de resolución. Su firma en esta página confirma que si surge una preocupación en cualquier aspecto de la atención proporcionada por esta oficina, el personal y los profesionales de la salud afiliados, usted acepta mediar primero antes de iniciar una acción legal.

SU ATENCIÓN

Queremos que reciba una excelente atención. La mejor manera de cumplir con este objetivo es la buena comunicación. Los resultados predecibles dependen de que tanto el médico como el paciente trabajen hacia los mismos objetivos.

SU COMPROMISO	NUESTRO COMPROMISO
<ul style="list-style-type: none"> * Haga preguntas y sea parte de su atención. * Sea honesto sobre sus antecedentes, síntomas y otra información importante sobre su salud. * Dígale a su médico sobre cualquier cambio en su salud. * Programe debidamente en base al plan de atención recomendado y siga el consejo de su médico. * Prepare y cumpla con las visitas programadas o re programe las visitas con anticipación siempre que sea posible. * Sea respetuoso con el personal de la oficina y los proveedores de atención médica. * Termine cada visita con una clara comprensión de las expectativas de su médico y los objetivos del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> * Explicar el diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento y los resultados de una manera fácil de entender. * Escuchar sus preguntas y ayudarlo a tomar decisiones sobre la dirección de su atención. * Mantener la privacidad de los tratamientos, las discusiones y los registros. * Determinar cuándo una ruptura de la relación médico-paciente justifica la finalización de la atención. * Determinar cuándo es apropiado remitir a otro proveedor o especialista. * Compartir la información del paciente con otros proveedores involucrados en su atención médica, según sea apropiado.

Certifico que he leído o me han leído el contenido de este formulario. Comprendo las posibles ventajas que puede proporcionar el cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales de la salud, así como las posibles consecuencias de su incumplimiento. Doy fe de que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del paciente o de los representantes del paciente

Fecha

Firma del proveedor o de los representantes del proveedor

Fecha



ACUERDO PARA RECIBIR COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

- Estoy de acuerdo en que el proveedor de atención médica y el consultorio se comuniquen conmigo por vía electrónica en la dirección de correo electrónico que figura a continuación.
- Estoy consciente de que existe cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos no encriptados.
- Soy responsable de informar al médico y al consultorio sobre cualquier actualización de mi dirección de correo electrónico.
- Puedo retirar mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas llamando a este consultorio.

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (ESCRIBA CLARAMENTE)

_____ @ _____

FIRMA DEL PACIENTE/DE LOS PADRES: _____

FECHA: _____