



**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO/
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE/RECONOCIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE BENEFICIOS**

A continuación encontrará las condiciones para los servicios proporcionados por Medical Group of the Carolinas, que está afiliado a Spartanburg Regional Health Services District, Inc. (District) para el paciente cuyo nombre está al final de esta página.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo/nosotros damos nuestro consentimiento voluntario para el tratamiento médico y los procedimientos de diagnóstico proporcionados por Medical Group of the Carolinas y sus médicos asociados, profesionales clínicos y otro personal. Yo/nosotros damos nuestro consentimiento para la realización de pruebas para enfermedades infecciosas, tales como, pero que no se limitan a sífilis, SIDA, hepatitis y pruebas para medicamentos si nuestro médico lo considera recomendable. Yo/nosotros estamos conscientes de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconocemos que no nos dieron garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

El consultorio y los médicos están autorizados para divulgar cualquier información médica necesaria para procesar las solicitudes o enviar información para la cobertura financiera, planificación del alta y tratamiento médico adicional. Esto incluye información relacionada con atención psiquiátrica, agresión sexual o pruebas para enfermedades infecciosas que incluyen SIDA/VIH por servicios proporcionados durante esta visita. Yo/nosotros también aceptamos la divulgación de información médica u otra información sobre mí a las agencias gubernamentales federales o reguladoras estatales según lo requiera la ley.

AUTORIZACIONES TELEFÓNICAS

Por este medio usted nos otorga permiso y consentimiento a nosotros, nuestros cesionarios y representantes de cobros terceros: (1) para llamarlo por teléfono a cualquier número telefónico asociado con usted, que incluye números inalámbricos: (2) para dejarle mensajes en la contestadora telefónica y correos de voz e incluye con cualquier información requerida por ley (incluso leyes de cobro de deudas) o montos que usted adeuda: (3) para enviarle mensajes de texto o correos electrónicos a cualquier dirección de correo electrónico que usted proporcione: (4) para usar mensajes de voz pregrabados/artificiales o un dispositivo de discado automático (un "marcador automático") en relación con cualquier comunicación con usted o relacionada con su cuenta.

CESIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Yo/nosotros garantizamos el pago de todos los cargos incurridos para o a cuenta del paciente y cedemos nuestros derechos de cualquier beneficio de seguro u otro financiamiento al médico y a Medical Group of the Carolinas. Yo/nosotros entendemos que somos responsables de cualquier cargo no cubierto por el seguro u otras formas de beneficios. Yo/nosotros entendemos que Medical Group of the Carolinas puede obtener nuestro informe de crédito para revisión debido al cobro de esta deuda. En el caso de que esta cuenta se asigne a una agencia de cobros, abogado para cobros o se cobre según la Ley de Cobro de Deuda de Compensación de Carolina del Sur, pagaremos todos los cargos y costos de cobro, que incluyen los honorarios razonables del abogado. Para beneficiarios de Medicare: Yo/nosotros proporcionamos toda la información necesaria para la cesión correcta de los beneficios de Medicare.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DEL PACIENTE POR COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES

Entiendo que la ley de Compensación de los trabajadores de Carolina del Sur y Carolina del Norte estipula que la información por escrito relacionada directamente con un reclamo de compensación de los trabajadores la debe proporcionar un centro de atención médica o un médico a la aseguradora, el empleador, el empleado, sus abogados o la Comisión Estatal de Compensación de los Trabajadores correspondiente de conformidad con el Código de Carolina del Sur, Sección 42-15-95, y en los Estatutos de Carolina del Norte, Sección 97-27. **Autorizo a Spartanburg Regional Healthcare System (SRHS) a proporcionar copias de mis expedientes médicos o para hablar con representantes debidamente autorizados de cualquiera de los anteriores con relación a mis expedientes médicos, tratamiento o estado médico.**

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo/nosotros recibimos una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo se puede usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que debo leerlo cuidadosamente. Estoy consciente de que el Aviso puede cambiar en cualquier momento. Puede tener acceso al Aviso de prácticas de privacidad en www.srhs.com.

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del paciente

Fecha y hora

Firma del paciente/(relación con el paciente)
(padre/madre, tutor legal o representante autorizado legalmente)

Testigo del hospital

Firma del fiador (relación con el paciente)