

MARTIN COUNTY FAMILY CLINIC – CLÍNICA EN LA ESCUELA

600 East I-20 • P.O. Box 640
Stanton, TX 79782
(432) 607-3243 • (432) 607-3298 fax
Un servicio de Martin County Hospital District

Consentimiento para recibir tratamiento

Entiendo que, si se necesita un tratamiento médico, un médico, un enfermero de práctica avanzada, un asistente médico u otro proveedor médico apropiado de Martin County Family Clinic harán dicho tratamiento y procedimientos médicos mediante una visita de telesalud mientras el paciente (estudiante) está en el campus de la escuela.

Entiendo que los enfermeros de práctica avanzada (NP) y los asistentes médicos (PA) no son médicos, pero trabajan bajo la supervisión de un médico, directamente o por medio de protocolos que ha establecido un médico, y que los NP y los PA están capacitados formalmente para prestar servicios de diagnóstico, terapéuticos y de atención médica preventiva, según lo que un médico les haya delegado. También entiendo que, al trabajar como miembros del equipo de atención médica, los NP y los PA recogen historias médicas, examinan pacientes, ordenan e interpretan análisis de laboratorio y radiografías, y hacen diagnósticos. También tratan lesiones menores con suturas, férulas y yesos.

Los proveedores registran notas de progreso, instruyen y aconsejan a los pacientes, ordenan o administran terapias o hacen procedimientos invasivos menores.

Certificado de Medicare/Medicaid del paciente: Autorización para revelar información y solicitud de pago. Certifico que la información que di al solicitar el pago según los Títulos XVIII y XIX de la Ley del seguro social (Social Security Act) es correcta. Autorizo que se revelen todos los expedientes que sean necesarios para actuar según esta solicitud. Solicito que se haga, en mi nombre, el pago de los beneficios autorizados.

Cesión de los beneficios del seguro: Por medio del presente autorizo que los beneficios de atención médica que de otro modo deberían pagárseme a mí, incluyendo pagos de beneficios mayores del seguro médico y pagos de beneficios quirúrgicos o médicos, se paguen directamente a Martin County Family Clinic y al médico que me atienda, pero no podrán superar los cargos regulares por estos servicios. Entiendo que soy responsable de los pagos ante Martin County Family Clinic y ante el proveedor por los cargos que esta cesión no cubra.

Autorización para revelar información médica: La clínica y los proveedores están autorizados a dar cualquier información médica que pidan las compañías de seguros con las que tengo cobertura o cualquier agencia pública que pueda estar asistiendo con el pago de mi atención médica.

Reembolso de beneficios del seguro: Autorizo el reembolso de los pagos en exceso por beneficios del seguro, de acuerdo con las condiciones de mi póliza de seguro cuando mis coberturas estén sujetas a una cláusula de coordinación de beneficios.

He leído y entiendo por completo el Reconocimiento de tratamiento de arriba y, por medio del presente, autorizo y doy mi consentimiento para dicho tratamiento y procedimientos mientras esté inscrito en el programa de salud en la escuela de Martin County Family Clinic.

Nombre del paciente/estudiante: _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____

(La firma del tutor es obligatoria si el paciente es menor de 18 años o se ha ordenado la tutoría legal)

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del testigo: _____