



**La Red Health Center**  
**21444 Carmean Way**  
**Georgetown, DE 19947**  
**P. (302) 855-1233**  
**F. (302) 855-1020**

**Autorización para el Tratamiento y Divulgación Médica y Financiera**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo exámenes, diagnosis, y tratamiento general (lo cual incluye, pero no se limita al uso de los rayos X y los procedimientos anti-invasivos, tales como los exámenes diagnósticos), los cuales se realizaran por el personal medico del centro de salud. Si es necesario, doy también mi autorización para que los médicos profesionales aliados (trabajadores sociales, nutricionistas, consejeros, etc.) puedan revisar mi expediente médico con el propósito de la evaluación de mis requisitos médicos. También entiendo que si un procedimiento medico es requerido, más información se me proveerá.

Por este medio autorizo a este centro médico para que provea información acerca de mi expediente médico a cualquier proveedor médico, el cual mi médico de cabecera crea necesario, excepto en estas ocasiones: (Favor de listar cualesquiera excepciones o escriba NINGUNA)

\_\_\_\_\_

También autorizo a este centro médico que proveer información acerca de mi expediente médico a cualquier seguro, agencia colectiva de compensación, organización de salud, o cualquier agencias de servicio social que me provea con cualquier asistencia financiera.

Asigno y autorizo pago de todas las remesas a este centro de salud de todos los beneficios del seguro médico y concuerdo en pagar, en su debido tiempo, cualquier balance sin pagar que sea mi responsabilidad.

Firma del Paciente/ Padre /o tutor del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información del Medicare**

Solicito que cualquier pago autorizado por los beneficios de Medicare se les sean proporcionados al centro médico por servicios rendidos. Autorizo a cualquier titular de mi información médica el poder para mandar a la Administración Financiera del cuidado de Salud y sus agentes cualquier información requerida para determinar que los servicios que se puedan reembolsar. Por este medio autorizo a Medicare que suministre a este centro médico cualquier información sobre mis reclamos de Medicare por medio del Inciso XVIII de la ley del Seguro Social. **Entiendo que cualquier servicio que no sea cubierto por el Medicare será mi responsabilidad financiera a ser cobrada por el centro médico.**

He leído, entiendo y acepto estos términos. En caso de rechazar el tratamiento o abandonar el centro médico sin el consentimiento por escrito, por este medio pongo en libertad a mi médico y al centro de salud de toda la responsabilidad de mis acciones. También autorizo al personal médico del centro médico a tomar cultivos y usar precauciones en caso de infección. Estoy informado de los términos concretados arriba, pero entiendo en el caso en el que el alcance de las acciones se haya tomado basado en mi autorización, puedo retractar mi autorización en cualquier momento por medio de una notificación por escrito firmada a todos los partícipes.

Firma del Paciente/ Padre /o tutor del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de la Notificación de Practica de Privacidad**

Yo entiendo que, por la ley dictada en el Decreto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en ingles), tengo ciertos derechos de privacidad sobre la protección de mi expediente médico. He recibido, leído, y comprendo la Notificación de Practica de Privacidad. Entiendo que esta organización está en su derecho de modificar su Notificación de Practica de Privacidad en cualquier momento y que puedo contactar esta organización para obtener la copia actual de la Notificación de Practica de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito restricciones que yo desee respecto a la divulgación y diseminación de mi información privada respecto a las operaciones de tratamientos, pagos, y operaciones de salud. También entiendo que el centro médico tiene la opción de no acceder a mis demandas, pero en caso de acceder a mis demandas, el centro médico tendrá que acatar las restricciones acordadas.

Esta notificación es válida a partir del \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ y estamos requeridos en acatar todos los términos de la Notificación de Practica de Privacidad que se encuentren en efecto. El centro médico reserva el derecho de modificar la Notificación de Practica de Privacidad y de cambiar las nuevas clausulas efectivas para la información protegida bajo nuestro mantenimiento. Nosotros publicaremos y usted puede pedir una copia revisada de la Notificación de Practica de Privacidad de esta oficina.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

PARA USO DE LA OFICINA EXCLUSIVAMENTE

Trate de obtener la firma del paciente en autorización de esta Notificación de Practica de Privacidad, pero no fue posible tal como se documenta a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Razón:
--------	------------	--------