



Nombre Legal : Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección de Facturación: _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____

Teléfono SMS: () _____ **Seguro de Salud Actual:** _____

**Consentimiento para el Tratamiento y Autorización para Pagar Beneficios a
Valley-Wide Health Systems, Inc.**

Valley-Wide Health Systems, Inc. (VWHS) brinda tratamiento y atención a través de un modelo integrado. VWHS brinda atención integral a la persona por parte de un equipo de atención cual, en nuestro sistema incluye varios aspectos de la salud física, la salud de comportamiento/mental y servicios de apoyo.

Doy mi consentimiento para el tratamiento y la atención de Valley-Wide Health Systems, Inc. Entiendo que el tratamiento y la atención en un modelo integrado puede incluir cualquier o todos los servicios de mantenimiento de salud de rutina (incluyendo vacunas, los evaluadores, la introducción a otros proveedores de servicios en nuestro sistema y/o referencias externas) para condiciones de salud agudas y crónicas dependientes a mi condición. Estos servicios pueden incluir cualquier de los siguientes departamentos: médico, dental, fisioterapia, salud de comportamiento/mental, y farmacia.

Entiendo que los servicios autorizados por este consentimiento incluyen los que se proporcionan bajo los auspicios de VWHS por médicos, enfermeras practicantes, asistentes al médico, tecnólogos de medicina, proveedores de salud de comportamiento/mental, fisioterapeutas, asistentes de fisioterapeutas, dentistas, higienistas dentales, asistentes dentales, enfermeros, educadores de salud, auxiliares médicos y farmacéuticos. Entiendo que mi equipo de atención puede incluir profesionales de la salud en capacitación bajo la supervisión de un profesional de la salud con licencia y responsable, que practica en el ámbito de su educación, capacitación y certificación.

Entiendo que tengo el derecho a rechazar cualquier o todos los servicios en cualquier combinación, o por cualquier miembro del equipo de tratamiento. Entiendo que tengo el derecho de discutir cualquier plan de tratamiento con mi equipo de atención sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para mí. Si tengo alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o recomendación de tratamiento por mi equipo de atención, me animan a hacer preguntas.

También entiendo que mis expedientes médicos para todos los servicios descritos anteriormente se mantienen en una sola ubicación y pueden ser compartidos a través de cada línea de servicio descrita anteriormente. Estos expedientes se mantendrán confidenciales y la divulgación de cualquier información de salud está protegida y se ajustará a la ley bajo la Regla de Privacidad de la HIPAA.

Por lo presente autorizo el pago directamente a Valley-Wide Health Systems, Inc. por beneficios de atención

Person #

médica. Entiendo que soy financieramente responsable ante Valley-Wide Health Systems, Inc. por los servicios no pagados por seguros u otros terceros pagadores. Entiendo que si me han emitido un cheque de reembolso y no puedo cobrar un cheque de reembolso o el cheque de reembolso se devuelve como no entregado después de que los intentos razonables de contactar no han tenido éxito, dicho cheque se considerará una donación a VWHS.

IMPRIMA SU NOMBRE

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE (si el paciente tiene 18 años o mayor)

GUARDIÁN (si el paciente tiene menos de 18 años)

TESTIGO (si el paciente no puede firmar)