

ACUERDO DE RELACIÓN CON EL PACIENTE

Relación del tratamiento: Estoy de acuerdo con el cuidado médico, el tratamiento, y los exámenes diagnósticos indicados por el médico tratante o a quien designe. Baylor College of Medicine (BCM) es una institución educativa y puede involucrar a estudiantes o residentes en mi cuidado médico. Puedo pedir y recibir información sobre la afiliación específica de cualquier proveedor médico que esté involucrado con mi cuidado médico.

El compartir de información médica para el tratamiento o para continuar el cuidado médico: BCM puede compartir mi información médica para el tratamiento o para trámites de pago o cuidado médico y también de la manera detallada en la Notificación de prácticas de privacidad de BCM. Entiendo que BCM puede utilizar HIE (sistema de intercambio de información médica) para transmitir, recibir o acceder a la información protegida de mi salud de manera electrónica. Esto puede incluir pero no se limita a: tratamientos, recetas, estudios de laboratorio, historial médico y de sus recetas, datos de facturación, información sensible (VIH, estudios genéticos, salud mental e información sobre el abuso de alcohol o drogas) y otra información médica protegida. Puedo optar por no participar y que no se revele mi información médica protegida por los sistemas de HIE. Para hacer esto debo entregarle a Baylor College of Medicine el Formulario para optar por no participar en el intercambio de información de salud (Health Information Exchange (HIE) Opt-Out Form). Si tiene preguntas sobre como compartimos sus archivos electrónicamente o si quiere optar por no participar en el HIE, por favor hable con un representante de BCM para obtener más información.

Designación de los beneficios del seguro médico/Responsabilidad financiera del paciente: Reconozco que soy legalmente responsable por todos los cargos relacionados al cuidado médico y al tratamiento dado por BCM. Designo todos los derechos, los títulos e intereses en pagos de terceros y autorizo pagos a Baylor College of Medicine. Entiendo que mi proveedor de seguro médico puede rechazar y no reembolsarme por completo mis servicios médicos a causa de tasas, exclusiones de beneficios, límites de cobertura, falta de autorización o necesidad médica. Entiendo que soy responsable por los cargos que no se paguen por completo, el copago, los deducibles y el coaseguro excepto donde mi responsabilidad está limitada por un contrato, el estado o leyes federales.

Exposición accidental de un trabajador de cuidado médico. Entiendo que la ley de Texas estipula que en caso de que un trabajador de cuidado médico sea expuesto a mi sangre o fluidos corporales, mi sangre puede ser examinada para el anticuerpo VIH o cualquier otra enfermedad contagiosa sin costo alguno para mí.

Reconocimiento de la Notificación de prácticas de privacidad. Reconozco que he recibido la Notificación de prácticas de privacidad, la cual explica como BCM puede usar y compartir mi información médica protegida. Si tiene preguntas sobre esta Notificación, por favor de comunicarse con la oficina de privacidad de BCM (BCM Privacy Office). Su información está en la Notificación.

Nombre del Paciente (Letra en molde): _____

Nombre del representante legal* (Letra en molde): _____

Relación del representante legal al paciente: _____

***Adjunte los documentos que demuestran la autoridad legal para actuar en nombre del paciente.**

Firma: _____ Fecha: _____

Gracias por haber elegido Baylor College of Medicine

Efectivo 11/09/15