

**Texas Tech University Health Sciences Center  
Clínicas Ambulatorias**

Identificación del paciente (Nombre, Fecha de Nacimiento, Número de expediente médico)

**Consentimiento para Tratamiento/Acuerdo para el cuidado de la Salud**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente doy mi consentimiento para recibir servicios médicos por parte de los médicos de Texas Tech University Health Sciences Center, empleados y aquellos asociados, asistentes, y otros proveedores de atención de la salud (de otro modo referido como TTUHSC), según mi médico considere necesario. Yo entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Yo entiendo que fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales y/u otras imágenes pueden ser hechas/grabadas para fines de tratamiento y propósitos de pago solamente. Yo entiendo que TTUHSC es una institución de enseñanza. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado o cura de mi tratamiento.

Reconozco que TTUHSC puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para electrónicamente transmitir, recibir y/o acceder a mi información médica que puede incluir, pero no se limita a, los tratamientos, las recetas, los resultados de laboratorios, historial médico y de medicamentos recetados, y otra información de cuidados de salud.

Yo entiendo que este Consentimiento Para Tratamiento/Acuerdo para el Cuidado de la Salud, será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me preste o reciba atención médica en las Clínicas Ambulatorias de TTUHSC, a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso escrito proporcionado a cada clínica donde se me prestó o recibí atención médica.

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA:** Yo reconozco que "información protegida de salud" se refiere a mis diagnósticos, y/o tratamiento en TTUHSC, que incluye, pero no se limita, a información concerniente a enfermedad mental (excluyendo notas de psicoterapia), uso de alcohol o drogas, enfermedades contagiosas tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, recetas, historial médico, historial de medicamentos recetados, notas de evolución en el tratamiento o cualquier otra información relacionada.

Reconozco que el "Aviso sobre Prácticas de Privacidad" proporciona información sobre como TTUHSC y sus empleados pueden usar y/o revelar mi información protegida de salud para el tratamiento, pago por los servicios, operaciones de atención a la salud y por otros servicios según lo permita la ley. Yo entiendo que TTUHSC no se puede hacer responsable por el uso o revelación de información por terceras partes.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS:** En consideración por haber recibido servicios médicos o cuidado de la salud, por este medio yo traspaso a los médicos y proveedores de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos de Práctica Médica, mi derecho, título, e interés en todo seguro, Medicare/Medicaid, u otros pagadores terciarios de beneficios de servicios médicos o de otros cuidados de la salud que de otra forma me pagarían a mí. Yo también autorizo que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguro médico o pagadores terciarios envíen los pagos directamente, hasta la cantidad total del costo de servicios médicos o cuidado de la salud, a los médicos de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos. Yo certifico que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta.

**Yo acepto pagar todos los gastos por los servicios médicos que no sean cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, u otros pagadores terciarios, y acepto pagar de acuerdo a las condiciones establecidas por TTUHSC.**

**DISPOSICION ANTICIPADA:**

¿Yo he firmado una Disposición Anticipada? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
¿Si su respuesta es Sí, ¿está vigente? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
¿Ha proporcionado una copia firmada a TTUHSC? \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

**AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:**

Yo he recibido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad. \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

Yo certifico que he leído este documento o me ha sido leído.

Fecha

Imprima su nombre

Paciente/otra persona legalmente autorizada

Hora

Testigo/Traductor\*

Parentesco con el paciente

