

**A. Consentimiento para recibir servicios médicos para pacientes ambulatorios**

Lo abajo firmado consiente el examen físico, evaluación y diagnóstico y cualquier tratamiento y/o procedimiento que pueda ser llevado a cabo durante una visita al consultorio.

**B. Relación legal entre el consultorio y los profesionales de la salud**

Todos los médicos y profesionales de la salud aliados que proporcionan servicios al paciente son contratistas independientes con el paciente y no son empleados o agentes de la oficina. El paciente se encuentra bajo el cuidado y la supervisión de su médico de atención primaria o médico al que consulta y es responsabilidad del personal del consultorio llevar a cabo las instrucciones de dicho médico. Es responsabilidad del médico del paciente o del profesional de la salud aliado obtener el consentimiento informado del paciente, cuando sea requerido, para tratamientos de cirugía menor, diagnósticos especiales o procedimientos terapéuticos, o servicios brindados al paciente bajo las instrucciones generales o especiales del médico.

**C. Divulgación de información**

El personal del consultorio puede poner a disposición cierta información básica acerca del paciente al público a solicitud del interesado (nombre y condición en general). Si el paciente o el representante legal del paciente no desean que dicha información sea divulgada, él/ella debe solicitarlo por escrito para que dicha información sea retenida. El paciente o el representante legal del paciente pueden obtener un formulario separado para ese propósito a solicitud.

El personal del consultorio obtendrá el consentimiento del paciente y su autorización por escrito para divulgar la información, además de la información básica, respecto al paciente, excepto en aquellas circunstancias en donde la ley requiera o permita al personal de la oficina divulgar información.

Los abajo firmantes acuerdan que, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad de pago y de obtener un reembolso, el personal del consultorio puede divulgar porciones del registro del paciente, incluyendo sus registros médicos, a cualquier persona o corporación que sea o pueda ser responsable, de todos o cualquier porción de los cargos de la práctica médica, incluyendo, pero no limitado a, compañías de seguros, planes de servicio de atención médica, compañías de compensación de trabajadores o cualquier agencia reguladora responsable de revisar o acreditar la práctica del consultorio. Para divulgar esta información se necesita un permiso especial si el paciente es tratado por abuso de alcohol o drogas.

**D. Sistema de notificación de cáncer de California**

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de California ha sido autorizado bajo la ley estatal (Capítulo 842, Estatutos de 1985) para recopilar información sobre ciertos tumores benignos, tumores malignos u otros trastornos pre-malignos o malignos. El propósito de la ley es ayudar en la identificación de causas previsibles del cáncer. Esto significa que reportaremos su diagnóstico respecto a estos trastornos al Departamento de Servicios de Salud del Estado de California.

Apellido, nombre \_\_\_\_\_

Reg. méd. No. \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ PCP \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

***Consentimiento para recibir  
tratamiento***

**E. Derechos del paciente y Aviso de las prácticas de privacidad**

A través de la presente reconozco que he recibido los *Derechos de pacientes* y el *Aviso de las prácticas de privacidad* de las Prácticas de atención médica primaria y de especialidad de NorthBay Healthcare Group. Los *Derechos de pacientes* me brindan información acerca de mis derechos como paciente mientras estoy en una de las Prácticas en el consultorio de NorthBay Healthcare Group. El *Aviso de las prácticas de privacidad* me brinda información acerca de cómo el personal del consultorio puede usar y divulgar mi información de salud protegida y cómo puedo obtener acceso a esta información. Reconozco que se me ha alentado a leer los *Derechos de pacientes* y la *información del Aviso de las prácticas de privacidad* en su totalidad y que esta información está sujeta a cambios a medida que la regulación cambie. Si las Prácticas de atención médica primarias y de especialidad de NorthBay Healthcare Group cambia cualquier aviso, yo y/o mi representante tenemos el derecho de recibir una copia del aviso revisado teniendo acceso al sitio web de NorthBay Healthcare Group en [www.northbay.org](http://www.northbay.org) o comunicándonos con el personal de ingreso del consultorio. Si tiene dudas respecto a la privacidad, comuníquese con la Oficina de Privacidad de NorthBay llamando al (707) 646-5600.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO/FIRMA DE AUTORIZACIÓN**

La firma de abajo certifica que él/ella ha leído lo anterior, ha recibido una copia de la presente, y es el paciente, el representante legal del paciente o es alguien debidamente autorizado por el/la paciente como el agente general del paciente para ejecutar lo anterior y que él/ella acepta los términos. Reconozco que recibí el *Aviso de Privacidad de Práctica* y el *Aviso de los Derechos de Pacientes* de las Prácticas de atención médica primarias o de especialidad de NorthBay Healthcare Group.

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

[paciente/padre/albacea/tutor/agente]

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.

Si firma alguien más que el paciente, Nombre legal en letra de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

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

Apellido, nombre \_\_\_\_\_

Reg. méd. No. \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ PCP \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**Consentimiento para recibir  
tratamiento**



**A. Convenio financiero**

El abajo firmante acepta que, independientemente de si él/ella firma como agente o paciente, en consideración de todos los servicios a ser proporcionados al paciente, él/ella por la presente se obliga a pagar la cuenta de los servicios para pacientes ambulatorios de acuerdo con las tarifas regulares y términos de las prácticas afiliadas en el consultorio de NorthBay Healthcare Group. Si esa cuenta fuera referida a un abogado o a una agencia de recaudación, el abajo firmante acepta pagar las tarifas actuales del abogado y los gastos de recaudación incurridos debido a dicha derivación. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a la tasa legal. Si el asunto deviniera en acciones legales en tribunales, la parte prevaleciente tendrá derecho a que le cubran los honorarios y costos de su abogado. Según la Ley de Informes de Crédito Justos (15 U.S.C. § 1681), NorthBay Healthcare puede tener acceso a su informe de crédito con el propósito de determinar la habilidad de pagar por sus servicios de atención médica. Su información de crédito será desechada de manera segura y NorthBay HealthCare no almacenará la misma.

**B. Asignación de los beneficios del seguro**

El abajo firmante acepta y por la presente autoriza, independientemente de si él/ella firma como agente o como paciente, el pago directo a NorthBay HealthCare Group de la totalidad del seguro y los beneficios del plan de otra manera pagaderos a o en nombre del paciente por cualquier y todos los servicios para pacientes ambulatorios y/o complementarios y cargos a una tasa que no excedan los cargos actuales del consultorio. Se acuerda que dicho pago a NorthBay HealthCare Group conforme a esta autorización por una compañía de seguros, plan de servicio de atención médica o planes de servicios sociales para los empleados liberará a dicha compañía de seguros de cualquier y todas las obligaciones bajo su política en la medida de dicho pago. La asignación de beneficios es irrevocable. El abajo firmante entiende que él/ella es económicamente responsable de los pagos no realizados conforme a este acuerdo.

**C. Plan de servicio de atención médica**

NorthBay Healthcare Group mantiene una lista de los planes de servicio de atención médica con los cuales mantiene contratos las Prácticas afiliadas de consultorio de NorthBay Healthcare Group. En el Departamento de Registro hay disponible a solicitud del interesado una lista de dichos planes. NorthBay Healthcare Group no tiene contratos, expresos o implícitos, con ningún plan que no aparezca en la lista. El abajo firmante acepta que él/ella esta individualmente obligado a pagar la totalidad de los cargos por todos los servicios que NorthBay Healthcare Group le haya prestado, si él/ella pertenece a un plan que no aparece en esta lista.

Apellido, nombre \_\_\_\_\_

Reg. méd. No. \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ PCP \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

***Convenio financiero***

**FIRMA DEL CONVENIO FINANCIERO**

El abajo firmante acuerda aceptar responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y aceptar los términos del Convenio Financiero, Asignación de Beneficios del Seguro y disposiciones de la Obligación del Plan de Salud anteriores.

Firma: \_\_\_\_\_  
[paciente/padre/albacea/tutor/agente]

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ A.M./P.M.

Si firma alguien más que el paciente, Nombre legal en letra de molde: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

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

Apellido, nombre \_\_\_\_\_

Reg. méd. No. \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ PCP \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

***Convenio financiero***