



**BOONE COUNTY HEALTH CENTER
AND MEDICAL CLINICS**
723 West Fairview Street
P.O. Box 151
Albion, NE 68620

Patient Name: _____

DOB: _____

MR#: _____

FIN#: _____

Condado de BOONE clínicas médicas Acuerdo de servicio al paciente externo

1. Consentimiento médico: por la presente solicitud y consentimiento a la atención médica para mi y mi hijo recién nacido en casos de maternidad, incluyendo todas las pruebas y exámenes. Al firmar este formulario, también acepto todos los términos y condiciones descritas a continuación.
2. Consentimiento GENERAL para la prueba del VIH: Pruebas para VIH (inmunodeficiencia humana virus) Se puede hacer si un empleado del Condado de Boone Clínicas y Centro de Salud viene en contacto directo con la secreción del paciente, (sangre o el esputo ,etc.) Esto es lo que llamamos un incidente de la exposición. VIH es el virus que causa las infecciones de VIH que eventualmente sigue al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Una persona desarrolla SIDA cuando la sistema inmunodeficiencia tiene tanto daño que la no puede rechazar la enfermedad o infección. Pruebas están disponibles para determinar la presencia del anticuerpo en la sangre. Una prueba resultada en el negativo, enseña que los anticuerpos VIH no se encuentran en la sangre. Una prueba positiva del anticuerpo del VIH indica que la exposición era anterior al virus y que usted tiene anticuerpos del VIH en su sangre y que alguien se puede infectar por contacto sexual compartiendo de jeringas, o de madre a bebe durante el embarazo. La prueba no te puede decir si eventualmente puedas desarrollar signos de la enfermedad relacionado al VIH, o si que tan serio la enfermedad pueda ser. Un proveedor le informar de los resultado de la prueba y le proveer consúl apropiado. Además, una persona que busca una prueba de VIH, tiene el derecho a permanecer anónimo. Un proveedor de salud será confidencialmente y referir a tal persona un situó que suministrará pruebas anónimos. Yo entiendo que la prueba para la presencia de VIH se puede realizar, debajo de esta condición general de admisión cuando se considera adecuado por mi proveedor de salud sin firma de consentimiento adicional para la prueba específico para VIH. **Por favor inicia para el consentimiento para la prueba del VIH en el evento de exposición_____ (Iniciales)**
3. Los estudiantes y aprendices: Entiendo que médico, enfermería y otros aprendices de salud pueden asistir en atención al paciente o menos que yo solicite específicamente lo contrario.
4. Fotografías: Pueden tomar fotografías para fines de identificación y tratamiento sin obtener el consentimiento o autorización por escrito.
5. Autorización para acceso de información de tratamiento historial:
Yo autorizo al Condado de Boone centro médico clínicas para acceder a información sobre medicamentos recetados histórico. Si esta autorización es rechazada, esta práctica no puede recetar medicamentos controlados a mí. Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto hasta que es revocado por mí en la escritura.
6. Acuerdo del pago: Pago es debido a la recepción y se convierte en delincente en el 1^{primer} día del mes siguiente. Instalación reserva el derecho de evaluar una carga delincuencia calculada diariamente a partir el 1^{primer} día del mes siguiente la fecha de la factura, a la tasa del 1% al mes hasta que se recibe el pago por el fondo, sobre las cantidades no pagadas al centro por la fecha de vencimiento. Paciente deberá pagar puntualmente al centro todos los cargos de delincuencia. La Instalación reserva el derecho de evaluar un cargo de \$25.00 para cualquier cheque que se devuelve al centro. Salvo renuncia por escrito por el fondo, todos los pagos se aplicarán primero a delincuencia y cheques devueltos, si cualquier. Se aplican condiciones de pago mensual mínimo.
7. Asignación de beneficios: Por la presente asigno a BCHC, para servicios proporcionados por BCHC y su empleados o otros que trabajan bajo contrato o acuerdo con BCHC, toda cobertura o otros beneficios disponibles en cualquier programa de gobierno, cualquier póliza de seguro o plan y cualquier otro programa de beneficio, y ordeno que todos los beneficios ser pagados directamente al BCHC. Además



**BOONE COUNTY HEALTH CENTER MEDICAL CLINICS / OUT PATIENTS
PATIENT SERVICE AGREEMENT**

Patient Name: _____ DOB: _____ MR#: _____ FIN #: _____

asignar a y dirigir pago a todos los médicos de prestación de servicios a mí en BCHC y facturación por separado de sus servicios, todos los beneficios disponibles para los servicios de estos médicos y a sus empleados y cobertura. Estoy de acuerdo que el hospital y el médico pueden recibir los pagos de beneficios y descargar el programa asegurador o beneficio en la medida de dichos pagos directamente. Cualquier saldo a favor resultante del pago de beneficios o de otras fuentes pueden ser aplicado a cualquier otra cuenta debido por mí o el que suscribe. Los beneficios asignados incluyen, pero no se limitan a, todos los beneficios para todos médica y seguro de hospitalización, seguro de accidentes, discapacidad o pérdida de tiempo seguro, Medicare, Medicaid y CHAMPUS, beneficios a los sistemas de entrega alternativos tales como las HMO y PPO o derivados de reclamaciones enfermedad compensación o la ocupación de trabajador; a que soy, o mis bienes, tendrán derecho a causa de cualquier juicio, asentamiento, o demanda o causa de acción por daños y perjuicios contra cualquier persona o organización (si yo fuera o soy lastimado. Esta asignación no puede ser revocada en cuanto a los servicios prestados durante esta hospitalización o curso de diagnóstico y tratamiento.

8. **Aviso de prácticas de privacidad** : Me dieron el aviso de prácticas de privacidad de BCHC (*paciente o organización de responsabilidad se le pide que inicial una línea más abajo*)

___ en este ambulatorio de admisión hospital or visita externo

___ durante un anterior BCHC encuentro

___ Me niego el aviso de prácticas de privacidad

Yo certifico que he leído o había leído el contenido de este formulario. Entiendo y acepto voluntariamente sus términos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y cualquier preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Si estoy firmando para otra persona, represento que tengo potestad para hacerlo.

9. **Acuerdo financiero** : Estoy de acuerdo con prontitud y plenamente pagar todos los cargos por servicios y materiales proporcionados por el hospital, los médicos y otros servicios proporcionando conforme a sus términos y tarifas regulares. Por este medio personalmente obligo al paciente y también personalmente me obligo si firmo como el paciente, el cónyuge del paciente, o el padre de un paciente menor de edad, para el pago de todos estos cargos a delos precios regulares en la medida de no cubiertos por el seguro y acepta pagar los cargos que, por cualquier razón, no son puntualmente pagados por seguro. Entiendo que es mi responsabilidad para obtener las autorizaciones previas requeridas por la aseguradora y otros pasos para calificar para cobertura de seguro; Yo determinare si mi aseguradora requiere pre certificación antes de recibir servicios de hospital. Extensión ni indulgencia, ningún intento de obtener el pago del seguro o sus fuentes y ningún retraso o falta de diligencia en la recopilación de dichos cargos renunciar o liberar de la obligación financiera personal conforme al presente. Presto mi consentimiento para cualquier número de teléfono que tengan en mi archivo (incluyendo celulares) para ser utilizado en un esfuerzo para cobrar esta deuda. Proporcionando mi número de teléfono a **Centro de salud del Condado de Boone y clínicas médicas** en cualquier momento durante nuestra relación de negocio, yo estoy de acuerdo *que el Centro de salud del Condado de Boone y clínicas médicas*, sus afiliados y agentes, se expresa escrito consentimiento para comunicarnos con usted en estos números de cuenta relacionados con razones. Yo también acepto ser contactado a través de mensajes de texto, marcador automático de llamadas, vivo o mensajes pregrabados. Yo acepto ser contactado por alguno o todos de estos motivos de comunicación si los números sean de teléfono que proporcione o teléfono de casa, teléfono del trabajo, teléfono del mensaje o cualquier tipo de teléfono móvil/inalámbrica o dispositivo. Si yo opto por proporcionar una dirección de correo electrónico, yo también acepto recibir mensajes de correo electrónico para cuenta relacionadas con razones.

10. **Sólo los pacientes de MEDICARE** -Asignación y certificación: solicito pago los beneficios autorizado de Medicare en mi nombre para cualquiera de los servicios equipados en BCHC y asignar pago a BCHC. Autorizo a cualquier sostenedor de médico o otra información sobre mí para liberar a Medicare y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios para servicios relacionados. Certifico que la información que he proporcionado a BCHC es verdadera, exacta y completa.

11. **Pacientes sólo de MEDIGAP** -Asignación de beneficios MEDIGAP: autorizo el pago de mandato beneficios Medigap a BCHC por los servicios por mí. Autorizo cualquier información médica necesaria para procesar dichas reclamaciones. Hasta revocado, esta declaración se aplica a todas las ocasiones de servicio.



BOONE COUNTY HEALTH CENTER MEDICAL CLINICS / OUT PATIENTS

PATIENT SERVICE AGREEMENT

Patient Name: _____ DOB: _____ MR#: _____ FIN #: _____

Firma del paciente o Representante Legal Fecha y hora

Relación si diferente a la paciente

Firma del testigo fecha y hora

ACUERDO de garantizar: El abajo firmante, que es una persona que no sea el paciente, cónyuge del paciente o padre del paciente, individualmente se compromete a ser personalmente responsable de las obligaciones financieras establecidas anteriormente y garantiza el pago de esta cuenta.

Firma del garante fecha y hora