

LIMITES DE RESPONSABILIDAD DE CENTROS DE CUIDAD URGENTES: OPCIONES AL PACIENTE, CONSENTIMIENTO GENERAL A TRATAMIENTO

LIMITACIÓN DE NUESTRO CUIDADO: Se me informa que Upper Valley Urgent Care Center, P.A. trata los problemas MÉDICOS MENORES que son condiciones consideradas lo suficientemente estables que el paciente sólo debe ser visto en algún momento dentro de las próximas 24 horas por un proveedor de atención médica. Upper Valley Urgent Care Center no cuenta con personal, ni está equipado para manejar las condiciones médicas de EMERGENCIA, que son aquellas condiciones que requieren atención inmediata. Entiendo que el departamento de emergencia del hospital local es donde se deben evaluar estos problemas. También entiendo que UVUCC no es mi médico primario y que el alcance completo de esta visita y mi salud en general son responsabilidad de mi médico primario.

OPCIONES DEL PACIENTE PARA EL CUIDADO DE SALUD: Reconozco que mi cuidado en esta fecha podría haber incluido mi propio médico personal y de varios departamentos de emergencia del hospital local o centros de atención de urgencia y otros hospitales especializados o médicos especialistas, todos los cuales son otras opciones para mi

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA MI CUIDADO/TRATAMIENTO: Entiendo las limitaciones de la atención médica proporcionada en un centro de atención de urgencia y mis opciones disponibles; Doy permiso a Upper Valley Urgent Care Center, P.A. para llevar a cabo los procedimientos médicos, quirúrgicos, y /o procedimientos que el médico y /o otros proveedores y asistentes no médicos puedan considerar necesarios.

Además, entiendo y acepto que existen riesgos de contratiempos y posibles resultados adversos asociados con la recepción de atención médica en cualquier momento incluyendo pero no limitado a: reacciones a medicamentos, pérdida de vida o extremidad en las peores circunstancias, extensión de fracturas durante los procedimientos de enderezamiento o durante Procedimientos quirúrgicos hemorragia, daño a los vasos sanguíneos, nervios o tendones, así como los riesgos de infección.

CONSEJO PARA CUIDADO ADICIONAL: Por último, entiendo que mi diagnóstico y manejo debido a la limitación de los recursos y el personal, debe ser considerado provisional, y que si la evaluación con prontitud en el departamento de urgencias más cercano del hospital local.

LABORATORIOS BÁSICOS Y ESTUDIOS QUE DEBEN LLENARSE ANTES DE VISITAR EL PROVEEDOR: Nuestro objetivo es proporcionarle atención médica rápida, amistosa y de calidad. Con el fin de hacerlo con competencia, tenemos que obtener algunos laboratorios básicos y comenzar algunos estudios tan pronto como llegue aquí. Los resultados de estas pruebas nos ayudarán a reducir su diagnóstico rápidamente y ayudar a nuestro proveedor a acelerar su visita con el fin de proporcionar el servicio de la más alta calidad. Dependiendo de muchos factores, se pueden obtener algunos de los siguientes.

- **Diabetes : Glucosa, Análisis de orina**
- **Síntomas Respiratorios: Influenza, Estreptococo, RSV (3 años o menos)**
- **Síntomas de Fatiga: Glucosa, Influenza, Hemoglobina, Tiroides, Orina**
- **Dolor Abdominal o Pélvico Mujeres; Orina, Embarazo**
- **Cualquier lesión o dolor: Rayos-X, de la lesión**
- **EKG y Rayos-X de Pecho: Dolor en el pecho, Dolor de Espalda Superior, Dolor en los Hombros, Dificultad para Respirar**
- **Dolor de la cintura: muestra de orina, Rayos-X**

_____ Aceptar _____ Rechazar
Iniciales Iniciales

PROVEEDOR DE SALUD: También entiendo que mi cuidado hoy en día puede ser provisto por cualquiera de los médicos y/o un médico o un profesional de nivel medio como un Asistente de Médico (PA) o una Enfermera Practicante (NP).

Signature and Date

REGISTRO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

La Regla de Privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso de la divulgación de, y solicitan PHI al mínimo necesario para lograr los propósitos previstos. Estas disposiciones no se aplican a usos o divulgaciones hechas de acuerdo con una autorización solicitada por el individuo.

NOTA: Los usos y la divulgación para, Registros de Tratamiento, Información de Pagos y Operaciones de Salud pueden ser permitidos sin consentimiento previo en una emergencia.

En general, la regla de privacidad HIPPA otorga a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). El individuo también tiene el derecho de solicitar confidencialidad, comunicación o que una comunicación de PHI se haga por medios alternativos, tales como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar del hogar del individuo.

¡IMPORTANTE! ¿Cómo podemos contactarnos con usted?

Nos pondremos en contacto con usted utilizando todos los números de teléfono proporcionados en su formulario de registro.

_____ De acuerdo, dejar mensaje con información detallada

_____ Dejar mensaje con un número de teléfono para regresar llamada

NOTA: Las facturas y las declaraciones se envían a las direcciones de residencia

AUTORIZO DISCUTIR MI HISTORIAL Y LIBERAR CUALQUIER Y/O TODA INFORMACIÓN MEDICA A LOS SIGUIENTES INDIVIDUOS.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

_____ **No discuta mi historial médico y divulgue cualquier información médica que no sea yo mismo(a).**

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD A (INFORMACION DE HIPPA)

He recibido la hoja de información de la Notificación de Práctica de Privacidad HIPPA y me han proporcionado la oportunidad de revisarla.

Firma: _____

Fecha: _____

POLÍTICA SOBRE TELÉFONOS CELULARES

Uso del teléfono celular durante el examen médico por parte del paciente, miembros de la familia, amigo u otro, incluyendo hacer o recibir llamadas, sonido de teléfono o vibración, o pacientes escribiendo o leyendo mensajes de texto; Todos interrumpen y disminuyen nuestro esfuerzo para proporcionarle atención médica de calidad inmediata. Estamos solicitando que durante estos breves minutos su teléfono esté completamente APAGADO. Agradecemos su cooperación y le pedimos disculpas por cualquier inconveniente.

Además, estoy de acuerdo en no contactar o comunicarse de otra manera con otros médicos mientras aquí sin primero coordinar con el proveedor de servicio. Además por nuestra política de la compañía no se permitirá la filmación de ningún procedimiento médico.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre _____ # de Seguro Social _____
Apellido Nombre Inicial

Domicilio _____ Tel. Celular _____
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Sex M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Civil Casado Viudo Soltero Menor
 Separado Divorciado Compañero de vida por ____ años

Empleador/ Escuela del Paciente _____ Ocupación _____

¿Como supo acerca de nosotros? _____

En caso de emergencia, ¿a quien se debe notificar? _____ Teléfono _____

Información del Seguro Médico

Primario del Seguro Médico _____
Apellido Nombre Inicial

Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ # de SS _____

Domicilio (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Seguro Medico Adicional

¿El paciente está cubierto por un seguro medico adicional? Si No

Primario del Seguro Médico _____
Apellido Nombre Inicial

Relación con el Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ # de SS _____

Domicilio (Si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Asignación, Liberación y Responsabilidad Financiera

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa. Autorizo la divulgación de cualquier información médica é otra información necesaria para procesar un reclamo y/o continuar el tratamiento médico. También autorizo el pago de los beneficios médicos pagados directamente a Upper Valley Urgent Care Center. Reconozco que el pago y/o co-pago se debe de pagar al momento del servicio o tratamiento. Estoy de acuerdo en que los padres, tutores o representantes personales son responsables de todos los honorarios y servicios prestados por el tratamiento de menores y/o niños. Entiendo que por presentar una reclamación con mi compañía de seguro medico, no estoy exento de responsabilidad por el pago de servicios; Y después de 60 días de la fecha más antigua de servicio, se me facturará por cualquier servicio no pagado. *Entiendo que seré responsable de resolver cualquier otra disputa con mi compañía de seguros.*



 Firma del Paciente, Padre, Tutor, de la Persona Autorizada o Guardian Legal

 Imprimir nombre del Paciente, Padre, de la Persona Autorizada o Guardian Legal

Abierto todos los días de 8am a 9pm

www.uvucc.com

 Fecha

 Relación con el paciente