

Autorización y consentimiento para el tratamiento

Cesión de beneficios y autorización para divulgar información médica

Entiendo y acepto que se me pagarán los beneficios autorizados en virtud de Medicare, Medicaid o cualquiera de mis compañías de seguros, o que estos beneficios se pagarán en mi nombre al proveedor de cualquier servicio que este me brinde. Autorizo a quienes tengan en su poder información médica sobre mi persona a divulgarla a Privia, la Administración de Financiamiento de la Atención Médica (HCFA, por sus siglas en inglés), la aseguradora mencionada o los agentes de la compañía o la(s) persona(s) responsable(s) mencionada(s), así como cualquier información necesaria para determinar mis beneficios o los beneficios para los servicios relacionados. Si mi plan de seguro no participa en la red de Privia, o si soy un paciente que paga sus propios servicios, es posible que no se aplique la cesión de beneficios.

Garantía de pago y certificación previa

En contraprestación por los servicios que me han brindado Privia y sus centros de atención, acepto asumir la responsabilidad financiera y pagar los cargos correspondientes a todos los servicios indicados por mi(s) proveedor(es). Comprendo que deberé pagar inmediatamente cualquier saldo adeudado como resultado de no contar con un seguro o tener un seguro insuficiente. Entiendo, además, que si no realizo pagos constantes, mi cuenta será derivada a un agente de cobro o a un abogado, y acepto pagar todos los cargos relacionados con el cobro.

Entiendo que, si mi seguro exige una certificación previa o una autorización, es mi responsabilidad notificar al prestador de los servicios brindados de conformidad con las disposiciones del plan. Entiendo que, si no lo hago, se reducirá o denegará el pago de beneficios, y deberé asumir la responsabilidad por todos los saldos adeudados.

Por el presente documento reconozco que he recibido la *Política financiera* y el *Aviso de prácticas de privacidad* de Privia. Acepto los términos de la Política financiera de Privia y que mi información sea compartida a través del Centro de intercambio de información sobre la salud* (HIE, por sus siglas en inglés), y presto mi consentimiento para recibir tratamiento por parte de los proveedores de Privia.

Nombre del paciente en letra de molde: _____ Fecha: _____

→ Firma: _____
Para ser firmado por el padre/la madre o el tutor legal si el paciente es menor o incompetente por otro motivo

***Nota: Si el paciente se niega a participar en el HIE, debe seguir el procedimiento apropiado que se establece en el Formulario de solicitud de exclusión del HIE de Privia o comunicarse con el HIE en forma directa.**

Consentimiento para el tratamiento

Como paciente de Privia, presto mi consentimiento, de manera voluntaria, para que se me brinde la atención y el tratamiento que los proveedores y el personal de Privia, según su criterio profesional, consideren necesarios para mi salud y bienestar.

Mi consentimiento deberá contemplar exámenes médicos y pruebas de diagnóstico (incluso pruebas de infecciones de transmisión sexual o VIH, si las leyes no exigen que se brinde un consentimiento por separado), lo cual comprende, a modo de ejemplo, procedimientos quirúrgicos menores (incluso sutura), aplicación/retiro de yesos y administración de vacunas. Mi consentimiento también deberá incluir que el personal del centro de atención lleve a cabo las órdenes del proveedor que esté a cargo de mi tratamiento. Reconozco que ni mi proveedor de Privia ni ningún integrante del personal del centro de atención ha otorgado ninguna garantía ni ha asumido ningún compromiso respecto de los resultados que se pueden obtener.

Consentimiento para llamar

Entiendo y acepto que Privia podrá comunicarse conmigo utilizando llamadas automáticas, mensajes de correo electrónico y mensajes de texto enviados a mi teléfono fijo y dispositivos móviles. Estas comunicaciones se utilizarán para notificarme acerca de atención preventiva, resultados de pruebas, recomendaciones de tratamiento o saldos pendientes, o para hacerme llegar cualquier otro mensaje de Privia.

Entiendo que puedo aceptar voluntariamente recibir comunicaciones automáticas por mensajes de texto de Privia y sus instituciones asociadas informando al personal de mi proveedor o visitando My Profile (Mi perfil) en mi Portal para pacientes de Privia, y aceptando los demás Términos y condiciones que establezca mi compañía de telefonía celular.