



Formulario de evaluación de COVID Drive-Up

Por favor imprimir

Primer nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico (para que se le envíen los resultados):

Raza: _____

Etnicidad: _____

Idioma preferido: _____

Dirección postal : _____

Dirección fiscal: _____

Cuidad, estado y código postal: _____

Solo personal: Síntomas: S N Prioridad: Si es sintomático - Y Si no es sintomático - N

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

1. Reglas

Acepto cumplir con las reglas del hospital, incluyendo la cooperación con el médico, los asistentes médicos y el personal del hospital en mi atención, tratamiento y la observancia de los derechos de otros pacientes.

2. Garantía de pago

Para y en consideración de los servicios prestados o por ser prestados a este paciente por el Memorial Hospital of Carbon County, yo / nosotros individualmente y en conjunto, por la presente acepto pagar todas y cada una de las facturas pagadas por dicho paciente que no estén cubiertas por el seguro y / o terceros. parte pagadores o pagados de otra manera junto con todos los costos y gastos de cobranza y honorarios razonables de abogados. Entiendo y acepto que todas las facturas son pagaderas y vencen al momento de su presentación. Todas las cuentas delincuentes serán cargadas al redito legal.

3. Asignación de beneficios de seguro

En caso de que el paciente tenga derecho a los beneficios hospitalarios de cualquier póliza de seguro que asegure al paciente o cualquier otra parte responsable ante el paciente, los beneficios se asignan al hospital. La persona responsable y / o el paciente son responsables de los cargos no cubiertos por esta asignación. Si tiene seguro médico, comprenda que este es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. La factura por los servicios es un acuerdo entre usted y el hospital. En última instancia, usted es responsable del pago de su factura independientemente del estado de su reclamo de seguro. El hospital facturará su reclamo de seguro como cortesía cuando la información esté completa con respecto a los números de póliza o los formularios correspondientes, según sea necesario. Si no tenemos la información de facturación, la cuenta se convertirá en su responsabilidad.

4. Autorización para divulgar información

Autorizo / autorizamos al Memorial Hospital of Carbon County a divulgar información médica y cualquier otra información según sea necesario para el cobro de beneficios de las compañías de seguros, la administración del seguro social o su intermediario o fuente de pago de terceros en relación con la enfermedad o lesión del paciente y yo Por la presente, exime al hospital, a los médicos que lo atienden y a los empleados del hospital de toda responsabilidad en relación con la divulgación de dicha información. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el título XIX de la ley de seguridad social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre del Memorial Hospital of Carbon County.

5. Autorización Liberación de propiedad personal

Se entiende y se acepta que Memorial Hospital of Carbon County no es responsable de la propiedad personal, los objetos de valor y los electrodomésticos retenidos por el paciente en su persona o en su habitación.

6. Consentimiento para la atención y el tratamiento

Yo, el abajo firmante, acepto y doy mi consentimiento para la admisión al Memorial Hospital of Carbon County y doy mi consentimiento para que mi médico, sus asociados, socios, asistentes, personas designadas y personal del hospital proporcionen atención y tratamiento médico o quirúrgico a _____ (nombre de paciente)

Los que consideren necesarios y adecuados en el cuidado y tratamiento de dicho paciente con el propósito de diagnosticar o tratar su condición física y mental. También doy mi consentimiento para la fotografía o grabación de video de las operaciones / procedimientos que se realizarán, incluidas las partes apropiadas de mi cuerpo con fines médicos, científicos o de grabación.

HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO Y SE ME HA SIDO EXPLICADO Y ENTENDIENDO SU CONTENIDO Y RECONOZCO QUE NO SE ME HAN DADO GARANTÍAS CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO O EXÁMENES EN EL HOSPITAL. HE SIDO INFORMADO DE MIS DERECHOS DE PACIENTE.

OYO CERTIFICO QUE ENTIENDO PLENAMENTE LA NATURALEZA DE LO ANTERIOR.

RECONOCIMIENTO DE OPORTUNIDAD DE RECIBIR Y REVISAR EL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE DEL HOSPITAL MEMORIAL DEL CONDADO DE CARBONO.

Con mi firma a continuación, estoy de acuerdo con las condiciones generales de tratamiento anteriores. Además, reconozco lo siguiente:

- He recibido y / o visto las prácticas de privacidad del Memorial Hospital of Carbon County.
- Se me ha ofrecido, pero no deseo recibir y / o revisar las prácticas de privacidad del Memorial Hospital of Carbon County. Entiendo que puedo solicitar una copia del aviso en cualquier momento y que Memorial Hospital of Carbon County y su personal médico utilizarán y divulgarán mi información como se describe en el aviso de prácticas de privacidad sin mi acuse de recibo firmado de este aviso.
- Se me ha informado de mis derechos como paciente

Firme: _____ Fecha: _____

Si el pacient is menor de edad: _____

Relacion del pacient: _____

Firma de testigo: _____

Si el pacient es incompetent o no puede firmar, da la
razo: _____