

El Campo Memorial Hospital

Patient Consent and Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice

I understand that as part of the provision of healthcare services, creates and maintains health records and other information describing among other things, my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and any plans for future care or treatment.

I have been provided with a Notice of Privacy Practices that provides a more complete description of the uses and disclosures of certain health information. I understand that I have the right to review the notice prior to signing this consent. I understand that the organization reserves the right to change their Notice and practices and prior to implementation will mail a copy of any revised notice to the address I have provided. I understand that I have the right to object to the use of my health information for directory purposes. I understand that I have the right to request restrictions as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment, or healthcare operations (quality assessment and improvement activities, underwriting, premium rating, conducting or arranging for medical review, legal services, and auditing functions, etc.) and that the organization is not required to agree to the restrictions requested.

By signing this form, I consent to the use and disclosure of protected health information about me for the purposes of treatment, payment and health care operations. I have the right to revoke this consent, in writing, except where disclosures have already made in reliance on my prior consent. This consent is given freely with the understanding that:

1. Any and all records, whether written or oral or in electronic format, are confidential and cannot be disclosed for reasons outside of treatment, payment or health care operations without my prior written authorization, except as otherwise provided by law.

2. A photocopy or fax of this consent is as valid as this original.

3. I have the right to request that the use of my Protected Health Information, which is used or disclosed for the purposes of treatment, payment or health care operations, be restricted. I also understand that the Practice and I must: agree to any restriction in writing that I request on the use and disclosure of my Protected Health Information; and agree to terminate any restrictions in writing on the use and disclosure of my Protected Health Information which have been previously agreed upon.

Notice: El Campo Memorial Hospital will dispose of patient medical records after twenty (20) years from the patient's last hospitalization date.

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I/We hereby transfer, assign and convey all my/our rights, title and interest in and all benefits due me/us, if any, by reason of services described in the statements rendered, and as provided for in any contract or policy of insurance under which I/we may be an insured or beneficiary and I direct said insurance company(s) and Medicare to pay directly to Mid Coast Medical Clinic, all of such benefits. I/we also assign my/our causes of action against any and all third parties who may be responsible or liable for the injuries requiring admission to or treatment by Mid Coast Medical Clinic, up to but not to exceed the amount of charges described in the statements rendered. I agree to pay Mid Coast Medical Clinic any remaining balance after insurance payment or denial of coverage under this assignment of benefits. I also authorize the release of any information required in the processing of my healthcare claims.

AUTHORIZATION/PRECERTIFICATION

If my group or private insurance policy requires prior certification, authorization, second opinions, or any other type of utilization review function, I understand that I am responsible for compliance with these and all other terms of my policy.

PATIENT FINANCIAL RESPONSIBILITY

Mid Coast Medical Clinic's election to pursue one or more forms of collection shall not constitute a waiver of its right to pursue other collection measures it deems advisable or necessary. All such remedies shall be cumulative in nature. Venue for collection shall be Wharton County, Texas This agreement shall not require payment by any person in contravention of any state or federal statute, rule or regulation.

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

Knowing that I am experiencing a condition requiring medical care, I hereby voluntarily consent to such care encompassing medical treatment and diagnostic procedures by my Physician, Physician Assistant, Nurse Practitioner, his/her assistants or his/her consignees as may be necessary in his/her judgement. I acknowledge that no guarantees have been made as to the result of treatments or examination in the clinic/hospital.

Patient's Printed Name

Date

Patient's Signature (or Guardian, if a Minor)

Witness

Date

Hospital Memorial El Campo

Consentimiento del paciente y acuse de recibo del aviso de privacidad

Entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, crea y mantiene registros médicos y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan de atención o tratamiento futuro.

Se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información médica. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su Aviso y prácticas y antes de la implementación enviaré por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a oponerme al uso de mi información médica para fines de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se puede usar o divulgar mi información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (evaluación de la calidad y actividades de mejora, suscripción, calificación de la prima, realización o organización de una revisión médica, servicios legales, funciones de auditoría, etc.) y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya se hayan hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Este consentimiento se otorga libremente en el entendimiento de que:

1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos u orales o en formato electrónico, son confidenciales y no se pueden divulgar por razones ajenas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, excepto que la ley disponga lo contrario.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como este original.
3. Tengo derecho a solicitar que se restrinja el uso de mi Información médica protegida, que se usa o divulga para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que la práctica y yo debemos: aceptar cualquier restricción por escrito que solicite sobre el uso y divulgación de mi información médica protegida; y estoy de acuerdo en terminar cualquier restricción por escrito sobre el uso y la divulgación de mi información médica protegida que se haya acordado previamente.

Aviso: El Campo Memorial Hospital se deshará de los registros médicos del paciente después de veinte (20) años a partir de la fecha de la última hospitalización del paciente.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo / nosotros transferimos, cedemos y transmitimos todos mis / nuestros derechos, título e interés y todos los beneficios que se me deben a mí / a nosotros, si corresponde, por razón de los servicios descritos en las declaraciones rendidas, y según lo dispuesto en cualquier contrato o política de seguro bajo el cual yo / nosotros podemos ser asegurados o beneficiarios y ordeno a dicha (s) compañía (s) de seguros y a Medicare que paguen directamente a Mid Coast Medical Clinic, todos esos beneficios. Yo / nosotros también asignamos mis / nuestras causas de acción contra todos y cada uno de los terceros que puedan ser responsables de las lesiones que requieran la admisión o el tratamiento por parte de Mid Coast Medical Clinic, hasta, pero sin exceder, la cantidad de cargos descritos en el declaraciones rendidas. Estoy de acuerdo en pagar a Mid Coast Medical Clinic cualquier saldo restante después del pago del seguro o la denegación de cobertura bajo esta asignación de beneficios. También autorizo la divulgación de cualquier información requerida en el procesamiento de mis reclamos de atención médica.

AUTORIZACIÓN / PRECERTIFICACIÓN

Si mi póliza de seguro grupal o privada requiere certificación previa, autorización, segundas opiniones o cualquier otro tipo de función de revisión de utilización, entiendo que soy responsable del cumplimiento de estos y todos los demás términos de mi póliza.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

La elección de Mid Coast Medical Clinic de perseguir una o más formas de recolección no constituirá una renuncia a su derecho a tomar otras medidas de recolección que considere aconsejables o necesarias. Todos estos recursos serán acumulativos por naturaleza. El lugar para la recolección será el condado de Wharton, Texas. Este acuerdo no requerirá el pago por parte de ninguna persona en contravención de cualquier estatuto, regla o regulación estatal o federal.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Sabiendo que estoy experimentando una afección que requiere atención médica, por la presente doy mi consentimiento voluntario para que dicha atención abarque el tratamiento médico y los procedimientos de diagnóstico por parte de mi médico, asistente médico, enfermero practicante, sus asistentes o sus destinatarios, según sea necesario en su / su juicio. Reconozco que no se han hecho garantías con respecto al resultado de los tratamientos o exámenes en la clínica / hospital.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha

Firma del paciente (o tutor, si es menor de edad)

Testigo

Fecha