



BORREGO COMMUNITY HEALTH FOUNDATION

Consent Form

CONSENT FOR TREATMENT: The undersigned patient, responsible relative and/or patient's legal representative hereby authorized the BMC, its affiliated physicians, dentists, nurse practitioners, and physicians assistants to administer and perform any and all medical examinations, treatments, diagnostic, and surgical procedures, or other services which may now or during the course of patient's care be deemed advisable or necessary.

TEACHING PROGRAMS: The BMC participates/contracts with training institutions for training of medical students, interns, residents, healing arts students (for example, nursing, hygienist and dentist) and post graduate students. I understand that these trainings may participate in the care I receive under the supervision of qualified and or licensed physicians or supervisors.

RELEASE OF INFORMATION: To the extent necessary to determined liability for payment and to obtain reimbursement, the BMC may disclose portions of the patient's financial and medical records to any person or corporation may be liable for all or any portion of BMC charges, including but not limited to insurance companies, employers, health services plans or Worker's Compensations carries. BMC may also make available pertinent of health care services for the patient and the patient's family.

ASSIGNMENT OF HEALTH BENEFITS: I hereby authorize the insurance company to pay by check made out to and mail directly to BMC the medical/dental and surgical expense benefits allowable, and otherwise payable to me under my current insurance policy, as payment toward the total charges for professional services rendered. I understand that insurance co-pay/co-insurance; non-covered services and patient liability amounts are my responsibility.

FINANCIAL AGREEMENT: The undersigned agrees to pay, whether he or she signs as agent or patient, the charges incurred at BMC in accordance with the health center's regular rates and term. I understand that if I am a member of a Health Maintenance Organization (HMO) and I have not secured an authorization for payment of my services, I will be held financially responsible for all unauthorized and non-covered services.

ADVANCE DIRECTIVES: I have received information about advance directives and understand that I have the right to formulate advance directives regarding my care and have them file in my medical record. I understand that I have the right to change my instructions at a later date. *I would like to receive additional information.* Y/N _____

Forma De Consentimiento

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO: El suscrito y/o pariente responsable o representante legal del paciente por medio del presente autoriza a BMC, sus doctores afiliados, dentistas, enfermeras especializadas a si como asistentes médicos a llevar a cabo cualquier exámenes médicos, tratamientos, diagnósticos y procedimientos quirúrgicos y otros servicios que se pudieran requerir durante el cuidado del paciente que fueran necesarios o recomendables.

PROGRAMAS DE ENSEANZA: BMC participa/contrata con instituciones educativas dedicadas a la capacitación de estudiantes de medicina, médicos internos, residentes, estudiantes de diversas ramas terapéuticas (por ejemplo, enfermeras, dentistas; y estudiantes de postgrado). Tengo entendido que estos estudiantes, internos o residentes pueden participar en mi cuidado bajo la supervisión del médicos o supervisores calificados que mantienen una certificación o licencia vigente.

AUTHORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION: Al grado que sea necesario para determinar responsabilidad de pago y obtener reembolso BMC puede proporcionar porciones de los expedientes médicos y/o financieros a cualquier persona, corporación, o a cualquier agente de dicha persona o corporación que es o pudiese ser responsable, total o parcialmente, de la cuenta de BMC, incluyendo pero no limitándose a compañías de seguros, patrones, planes de servicio de salud o poseedores de Compensación De Trabajadores. BMC, también puede proporcionar la información pertinente a las agencias socio-gubernamentales y a otros proveedores del cuidado de la salud, según se requiera, para asegurar la continuidad de la atención y la disponibilidad del cuidado de salud para el paciente y su familia.

TRASPASO DE BENEFICIOS DE SALUD: Por medio de la presente autorizo a mi compañía de seguro pagar por medio de un cheque pagado y enviado directamente a la institución arriba mencionada, los beneficios que me corresponden por los servicios médicos, dentales y quirúrgicos, que de otra manera serian pagaderos a mi bajo la póliza de seguro vigente, como abono hacia el total de los cargos por los servicios profesionales proporcionados.

ACUEDO FINANCIERO: El suscrito accede a pagar, aunque firme como agente o paciente, los cargos ocasionados en BMC, de acuerdo con las tarifas y cláusulas del mismo. Quedo enterado que si estoy afiliado a una asociación para la conservación de la salud (HMO) y no tramite con la asociación autorización para el pago de los servicios que voy a recibir, tendré la obligación de pagar dichos servicios.

INSTRUCCIÓN ANTICIPADA: He recibido información acerca de instrucciones anticipadas y entiendo que tengo el derecho de formular instrucciones anticipadas acerca de mi ciudad de salud que serán archivadas en mi expediente médico. Entiendo que puedo cambiar mis instrucciones si lo deseo en el futuro. *Me gustaría recibir información adicional.* S/N _____

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA) NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: I Have received information about HIPAA notice of privacy practices and acknowledge receipt of this document.

LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MEDICO DEL AÑO 1996 SOBRE LA PRIVACIDAD (HIPAA): Acepto haber recibido la información sobre la práctica de privacidad de HIPAA además de haber recibido este documento.

I AM THE PATIENT OR AM AUTHORIZED TO SIGN THIS AGREEMENT; I HAVE RECEIVED A COPY OF IT AND ACCEPT ITS TERMS.

SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA FIRMAR EL PRECENTE CONVENIO, RECIBI UNA COPIA DEL CONVENIO Y ACEPTO LO DISPUESTO EN EL MISMO.

Patient Signature or legal Representative/ Firma Del Paciente o Representante Legal

Relationship/Parentesco

Patients Name/ Nombre del Paciente

Witness/Testigo

Date/Fecha