

**Consentimiento para tratamiento, pago y aviso de prácticas de privacidad
(Uso para servicios ambulatorios, no hospitalarios)**

Para tratamiento:

Yo, o el paciente mencionado a continuación, por la presente autorizo/autoriza el tratamiento médico que puede incluir la realización de exámenes, tratamientos y procedimientos de diagnóstico que los médicos u otros proveedores correspondientes de Advocate Aurora Health me hayan recomendado y se consideren médicamente necesarios. Entiendo que los proveedores de atención médica en capacitación pueden, bajo la supervisión del personal correspondiente, participar en mi tratamiento.

Autorización para revelar información:

Por la presente, autorizo a Advocate Aurora Health que divulgue cualquier información médica que se considere necesaria para procesar reclamaciones de seguros (incluida la información relacionada con el tratamiento del abuso de drogas, abuso de alcohol o enfermedades mentales).

Autorización de pago:

Además, autorizo el pago de cualquier beneficio de seguro médico directamente a Advocate Aurora Health por los servicios prestados a mí o a mi dependiente. Esta autorización se aplica a cualquier beneficio de seguro que estuviese vigente en el momento en que se prestaron los servicios.

Pago:

Por la presente, acepto pagar en su totalidad cualquier saldo en mi cuenta de acuerdo con las políticas de pago y crédito de Advocate Aurora Health que pueden incluir honorarios razonables de abogados. El saldo adeudado incluye provisiones establecidas por su compañía de seguros, tales como copagos, deducibles y asignaciones "usuales y acostumbradas". Advocate Aurora Health se reserva el derecho de cambiar tarifas y políticas sin previo aviso.

Servicios de proveedores independientes:

Confirmando y entiendo plenamente que solo aquellos médicos/proveedores que están claramente identificados como empleados de Advocate Aurora Health son agentes de Advocate Aurora Health. Los médicos/profesionales no empleados son profesionales independientes que tienen permitido usar las instalaciones de Advocate Aurora para prestar atención y tratamiento médico. Estos médicos/profesionales independientes ejercen su propio criterio médico al tratarme o brindarme servicios profesionales. Entiendo que debo hacer cualquier pregunta a mi médico sobre su vínculo laboral. Mi decisión de buscar atención médica no se basa en ningún entendimiento, representación, publicidad, campaña en los medios de comunicación, inferencia, presunción o confianza en que los médicos/profesionales que me proveerán atención son empleados o agentes de Advocate Aurora Health.

Aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades:

Confirmando que Advocate Aurora Health me ha proporcionado una copia de su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que en el Aviso se describen las prácticas de privacidad de Advocate Aurora con respecto al uso y/o la divulgación de la información médica del paciente. Hago constar que he recibido notificación verbal y por escrito con respecto a mis derechos y responsabilidades como paciente.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, comprendo y acepto estar sujeto a los términos de este formulario de consentimiento, incluido el lenguaje específico relacionado con los servicios médicos independientes. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas fueron respondidas.

Fecha (Date)	Hora (Time)	Firma del paciente (Patient Signature)	
Fecha (Date)	Hora (Time)	Representante legal (Legal Representative)	Relación con el paciente (Relationship to Patient)

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date	Time	Interpreter Name	ID#
------	------	------------------	-----

