Clarendon	DeWitt	Stuttgart	Lions Clinic
245 Madison St	1940 S. Whitehead Dr	1012 E 22 St	117 Eason Rd
Clarendon, AR 72029	DeWitt, AR 72042	Stuttgart, AR 72160	Clarendon, AR 72029
Tel: (870) 747-3381	Tel: (870) 946-4505	Tel: (870)659-2600	Tel 479-439-9680

Consentimiento para Tratamiento

_____ _____

NOMBRE DEL PACIENTE **FECHA DE NACIMIENTO**

CONSENTIMIENTO: Por la presente doy mi consentimiento para mí mismo(a) o para la persona de la cual soy legalmente responsable, para recibir atención ambulatoria brindada por **Mid-Delta Health Systems**, la cual puede incluir, entre otros, procedimientos diagnósticos, exámenes y/o tratamiento por parte de los proveedores de MDHS y/o otro personal de la clínica.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a Mid-Delta Health Systems a divulgar información médica a compañías de seguros de terceros con el propósito de presentar reclamaciones, y a divulgar u obtener información médica de/a proveedores de atención médica y el Departamento de Salud para asegurar la continuidad de la atención. Autorizo que los beneficios médicos de mi seguro sean pagados a Mid-Delta Health Systems. Doy mi consentimiento para que las personas indicadas en este formulario reciban toda la información relacionada con mi atención médica, observaciones personales, inquietudes, planes de tratamiento y pronóstico.

CONSENTIMIENTO PARA HISTORIAL DE RECETAS: Esta instalación participa en el Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados. Los proveedores de esta clínica no recetarán narcóticos, benzodiacepinas ni medicamentos controlados para uso crónico. Autorizo a Mid-Delta Health Systems a obtener y revisar mi historial de recetas a través de farmacias, otros proveedores y otras entidades externas como compañías de seguros.

INSTALACIÓN DE FORMACIÓN: Entiendo que ocasionalmente estudiantes del área de la salud pueden estar trabajando con mi proveedor. Doy mi consentimiento para que un estudiante del área de la salud observe o participe en mi atención bajo la supervisión de mi proveedor. Entiendo que estos estudiantes están sujetos a las mismas políticas de confidencialidad que mi proveedor. Reconozco que tengo la opción de rechazar este consentimiento.

PERÍODO DE VIGENCIA: Entiendo que este consentimiento/autorización será válido y permanecerá en efecto mientras asista a la clínica o hasta que revoque esta autorización por escrito.

Medicaid / ARKids: Entiendo que si tengo Medicaid, esta instalación debe estar designada como mi Proveedor de Atención Primaria (PCP). Si Mid-Delta Health Systems no es mi PCP, reconozco que debo obtener una referencia de mi PCP o el costo total de los servicios deberá pagarse en el momento de la visita. Entiendo que soy responsable de **CUALQUIER** servicio no cubierto por Medicaid o ARKids.

Medicare: Entiendo que seré responsable de cualquier servicio o laboratorio que no esté cubierto por Medicare o por mi plan sustituto de Medicare.

Escala de Tarifas Reducidas / Pago Directo: Entiendo que Mid-Delta Health Systems ofrece tarifas reducidas basadas en los ingresos del hogar mediante una escala móvil. Si deseo solicitar esta tarifa reducida, completaré el formulario correspondiente y entregaré comprobante de ingresos dentro de las 48 horas posteriores a la visita. Si califico para tarifas reducidas, entiendo que deberé pagar una tarifa inicial de $20 para servicios médicos o $30 para servicios dentales al momento del registro. Cualquier cargo restante se cobrará al finalizar la visita.

Si no tengo seguro y no califico para la escala de tarifas reducidas, se me pedirá pagar una tarifa fija de $20 para servicios médicos o $30 para servicios dentales en el registro, y cargos adicionales al finalizar la visita.

SI NO PUEDE PAGAR CUALQUIERA DE LAS TARIFAS ANTERIORES EN EL MOMENTO DE SU VISITA, SU CITA PODRÁ SER REPROGRAMADA.

Al firmar a continuación, reconozco que soy el paciente o el representante autorizado del paciente.

_____ _____

Firma del Paciente (o Padre/Tutor Legal) **Fecha**