



Consentimiento del Paciente y Aceptación de las Reglamentaciones de la Clínica

Esta forma contiene la información que todo paciente del Centro Memorial de Salud Virginia García (VGMHC, siglas en inglés) debe conocer para contar con la mejor experiencia posible como paciente. Por favor lea esta forma para entender mejor nuestras reglamentaciones y sus derechos y responsabilidades como paciente. Avísenos si podemos contestarle sus preguntas.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Todo paciente de VGMHC cuenta con ciertos derechos y responsabilidades que se explican al otro lado de esta forma. Usted es responsable de cumplir con estos derechos y responsabilidades como paciente de VGMHC. Comuníquese con el Gerente de la Clínica si tiene alguna pregunta.

Tratamiento de Menores

Los padres/madres o guardianes legales del paciente menor de 15 años de edad tienen la responsabilidad de venir a la clínica con su niño menor para dar el consentimiento para el diagnóstico y el tratamiento, a no ser que la ley de Oregon lo especifique de otra manera. **Si usted u otro de los padres o guardianes no puede venir con el menor a VGMHC para recibir la atención médica, usted puede autorizar a otro adulto que lo haga. Por favor pida una forma de autorización diciéndonos quién podría acompañar al menor para su tratamiento o firme su autorización aquí.**

Yo, _____ (padre o guardián legal), autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) adulta(s) para que lo haga(n) y también autorizo a los proveedores de VGMHC y a los demás empleados para que puedan discutir la información confidencial de la salud del menor con esta persona adulta.

Letra de molde de la(s) persona(s) autorizada(s) a buscar ayuda para un menor

Reglamentación de Cuotas

Todo paciente que desee que se le cobre de acuerdo a la tabla de descuentos, deberá entregar prueba de ingresos familiares al registrarse y también después cada seis meses. El paciente que no quiera un descuento no tendrá que presentar prueba de ingresos. Si no pudiera presentar las pruebas adecuadas de los ingresos quedaría descalificado para recibir los servicios con descuento. Nosotros recibimos parte de nuestros subsidios de agencias que nos obligan también a pedir la información de los ingresos para comprobar la necesidad financiera en las comunidades donde ofrecemos nuestros servicios. Debido a esto le pedimos que nos proporcione información de sus ingresos y todo se mantendrá en forma confidencial. Las guías sobre el Nivel Federal de la Pobreza se usan para determinar la cantidad del descuento. El paciente que se determine estar en el 200% del nivel de pobreza no recibe descuento alguno en los cargos. El paciente que esté en el 100% del nivel de pobreza recibe 100% de descuento y se le hace cobro de la Cuota Nominal de \$15 dólares por cada consulta con su proveedor médico. Al paciente se le hará un cobro por los servicios adicionales recibidos, como, medicamentos, provisiones, vacunas, y otros que se le brinde durante o como resultado de la consulta. Para consultas de salud mental, al paciente se le cobrará el total del copago de la compañía del seguro de salud o \$15.00, la cantidad que sea menor. A todo paciente que no tenga seguro médico se le harán preguntas para ver si puede calificar para Medicaid o para otros programas. De ser elegible, el paciente deberá solicitar ayuda de estos programas. Se espera que el paciente pague lo mínimo o la cuota nominal el día en que reciba el servicio. Si el paciente cuenta con cobertura de seguro médico (Seguro Privado, Medicare, Medicaid, etc.) deberá traer prueba actualizada y verificada a cada visita. Por favor llame a nuestra oficina de cuentas del paciente al teléfono 503-359-8538 si tuviera alguna pregunta sobre sus cuotas o pagos.

Información de Laboratorio

Los empleados de VGMHC se encargan de hacer algunas de las pruebas de laboratorio en la clínica mientras que otras pruebas se mandan a otros laboratorios. El paciente recibirá facturas de cobro por separado por las pruebas enviadas a otros laboratorios y tendrá la responsabilidad de hacer pagos a dicho laboratorio.

Información del Paciente

Para mejor servir a nuestros pacientes, VGMHC necesita tener información actualizada y exacta. Por favor traiga toda la información que tenga de sus medicinas y vacunas a cada visita y verifique su información cuando se registre. Algunas veces podríamos tener la necesidad de comunicarnos con usted sobre su tratamiento médico.

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Por favor circule lo que se aplique: Teléfono en Casa Teléfono en el Trabajo Celular Dirección de Correo
Otro teléfono o dirección: _____

Aceptación y Autorización del Paciente

Después de leer y firmar esta forma acepto mis derechos y responsabilidades como paciente y doy mi consentimiento para recibir los servicios de mi tratamiento ofrecidos por el Centro Memorial de Salud Virginia García. Acepto toda la responsabilidad de los cargos que se me hagan sea que los cubra o no mi seguro médico. Autorizo a VGMHC para que utilice la información necesaria con mi seguro médico para tramitar el pago. He leído y entiendo la información anterior y por la presente doy mi autorización de por vida para que el pago de los beneficios de mi seguro médico por los servicios recibidos se haga directamente a VGMHC.

Pt. Label



Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

Consentimiento del Paciente y Aceptación de las Reglamentaciones de la Clínica

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Nombre (en letra de molde)

Fecha

Rev. 4/14

Hacer cumplido en la clínica