



## Consentimientos y Asignaciones

**REPRESENTANTE PERSONAL, FAMILIAR, O CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA A TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD:** Nombre las personas a las cuales usted autoriza a Choptank Community Health System, Inc. a revelar la información protegida sobre su salud en referencia a tratamiento, pago y otras cuestiones relacionadas con el cuidado de su salud en el caso que usted no estuviera disponible.

Nombre de la Persona Autorizada	Relación	Número de Teléfono
Nombre de la Persona Autorizada	Relación	Número de Teléfono

**REVELAR LA INFORMACIÓN:** Yo autorizo a **Choptank Community Health System, Inc.** a dar la información de mi historial médico a cualquier persona, corporación o agencia legalmente responsable a procesar y/o pagar cualquier porción de los cargos del centro y/o los cargos por servicios profesionales. Yo también autorizo a dar la información a los trabajadores/proveedores/especialistas que estén envueltos en el cuidado de mi salud. Una autorización separada será necesaria para dar la información a cualquier otra persona/entidad que no este incluida anteriormente.

**ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS:** En el caso de que yo tenga derecho a beneficios a través de mi póliza de seguro médico o contrato de beneficios de seguro, yo le asigno estos beneficios a **Choptank Community Health System, Inc.** Yo también asigno a **Choptank Community Health System, Inc.** los beneficios pagaderos a los proveedores. Además, yo entiendo que yo soy responsable por los cargos 'no cubiertos' por mi seguro y/o por los cargos incurridos sin autorización o referido.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por este medio yo doy mi consentimiento a los proveedores de **Choptank Community Health System, Inc.** a examinarme, hacer una evaluación y recomendar el tratamiento apropiado para mi condición. Yo también doy mi consentimiento para obtener y analizar los especímenes requeridos para la evaluación y el diagnóstico de mis síntomas/condición.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:** Yo he recibido y leído una copia del 'Aviso de Información de las Prácticas Privadas' HIPAA de **Choptank Community Health System, Inc.**

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_