

La AUTORIZACION PARA el TRATAMIENTO Y/O la CIRUGIA El paciente y los otros cuyas firmas se encuentran abajo por la presente consienten a cualquier y todos tratamientos quirúrgicos médicos, inclusive anestésicos y operaciones, que se puede creer conveniente por su médico, practicante capacitado o ayudante calificado que sirve en el personal de Mid Coast Medical Clinic, con la intención de otorgar la autoridad para administrar y realizar todo y singular cualquier examen, los tratamientos, anestésicos, y los procedimientos diagnósticos que pueden ahora o durante el curso del cuidado del paciente sea creído conveniente o necesario.

La TAREA DE los BENEFICIOS Yo/Nosotros por la presente transferimos, asignamos y transmitimos todo mis/nuestros derechos, títulos y intereses en y todo beneficio debido, si cualquiera, por la razón de servicios descritos en las declaraciones rendidos, y como se proporciona en cualquier contrato o póliza del seguro bajo que yo/podemos ser un asegurado o el beneficiario y yo mando que dicha compañía(s) de seguros y "Medicare" pague directamente a Mid Coast Medical Clinic. Yo/asignamos también mi/nuestras causas de la acción contra cualquier y todos terceros que pueden ser responsable(s) de heridas que hicieron necesario ingreso y/o tratamiento por Mid Coast Medical Clinic, hasta pero no exceder la cantidad de cargas descritas en las declaraciones rendidas. Conuerdo en pagar Mid Coast Medical Clinic alguna cantidad restante después del pago del seguro o la negación del alcance bajo esta tarea de beneficios. Autorizo también el comunicado de cualquier información requerida en curso de mis reclamos por el tratamiento médico.

La AUTORIZACION/PRECERTIFICATION Si mi grupo o póliza de seguros privada requieren la certificación previa, la autorización, segundas opiniones, o cualquier otro tipo de la función de la revisión de la utilización, yo entiendo que soy responsable de la conformidad con estos y todos los otros términos de mi póliza.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE 'la elección de Mid Coast Medical Clinic para seguir uno o más formas de la colección no constituirán una renuncia de su derecho de seguir otra colección si se cree conveniente o necesario. Todo tales remedios serán cumulativos en la naturaleza. Vene para la colección será Condado de Wharton, Tejas. Este acuerdo no requerirá el pago por ninguna persona en la contravención de ningún estado ni el estatuto federal, la orden ni la regulación.

INFORME SOBRE "DIRECTIVOS AVANZADOS"

¿Tiene Ud. Un "testamento viviente"? Sí No ¿Le gustaría tener información sobre un "testamento viviente"? Sí No

CONSENTIMIENTO A PROBAR DESPUES DE UN INTERCAMBIO DEL LIQUIDO DEL CUERPO O SANGRE. Entiendo, concuerdo, y autorizo que en caso de que un trabajador de asistencia medica se expone a mis liquidos del cuerpo a la sangre, las sangre se probará en ningun costo a mí. El firmante de abajo certifica que él/ella ha leído este documento entero y es el paciente, o es autorizado debidamente por el paciente o por la ley para ejecutar el acuerdo susodicho y acepta y entiende sus términos.

CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO POR UN AYUDANTE CALIFICADO DEL MEDICO Yo reconozco que es la norma de Mid Coast Medical Clinic delegar las tareas de asistencia sanitaria o servicios médicos generales a un ayudante calificado del médico o practicante capacitado. Esto tiene en cuenta la utilización más efectiva de las habilidades de los médicos. La delegación de tales deberes es consistente con el respecto debido para la salud y la seguridad de nuestros pacientes y de acuerdo con la práctica médica sano.

Entiendo completamente que el ayudante de médico o practicante capacitado no es UN MEDICO, y que tengo el derecho de insistir en cualquier tiempo a que me atienda un médico licenciado que provee servicios en esta clinica.

Reconozco además que los servicios médicos generales proporcionados a mi por un ayudante de médico o practicante capacitado son la responsabilidad tanto profesionalmente y legalmente de los medicos de Mid Coast Medical Clinic, para los actos de tal personal aliado de la salud rendidos durante el cuidado y el tratamiento de sus pacientes.

He leído arriba en su totalidad y entiendo completamente la norma de Mid Coast Medical Clinic con respecto a ayudantes de médico y/o practicantes capacitados y por la presente consiento a servicios médicos, generales de un ayudante de médico o practicante capacitado, según lo que me asignan.

La Firma del Paciente _____ Fecha _____
o Representante Autorizado

La Firma Del Testigo _____ Fecha _____