



Glenwood **Medical** Associates

Información y Reconocimientos del Paciente

En GMA, su proveedor y equipo de atención son sus aliados en la salud. Esta información nos ayuda a atenderle de manera efectiva y asegura que tengamos los permisos apropiados para apoyar su atención médica.

Acuerdo de Póliza Financiera

He leído y entiendo la Póliza Financiera de Glenwood Medical Associates, P.C. Acepto los términos y autorizo la asignación de beneficios para los servicios proporcionados, incluidos los pagos de aseguradoras de terceros.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de GMA, el cual describe cómo puede utilizarse y divulgarse mi información médica. Entiendo que este aviso puede actualizarse y que puedo solicitar la versión más reciente en cualquier momento.

Acuerdo de Comunicación Electrónica (Correo Electrónico)

He leído y entiendo el Acuerdo de Comunicación Electrónica (Correo Electrónico). Reconozco los posibles riesgos, incluido el acceso no autorizado a mi información médica, y doy mi consentimiento para comunicarme electrónicamente con los proveedores y el personal de GMA cuando sea apropiado.

Consentimiento para Tratamiento y Coordinación de Atención Médica

Doy mi consentimiento para la evaluación, diagnóstico y tratamiento por parte de los proveedores y personal clínico de GMA, incluidos exámenes, pruebas diagnósticas, servicios terapéuticos y otra atención médicamente apropiada.

Entiendo que mi atención médica puede implicar coordinación entre los proveedores y el personal de GMA y, cuando sea apropiado, especialistas externos, laboratorios o centros de atención médica, y autorizo dicha coordinación.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica, incluido mi historial de recetas, a través de sistemas electrónicos seguros para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, de acuerdo con las leyes aplicables.

- Puedo hacer preguntas sobre mi atención médica, opciones de tratamiento, riesgos y alternativas.
- Puedo rechazar o retirar mi consentimiento para cualquier tratamiento en cualquier momento.
- No se han hecho garantías respecto al resultado de mi atención médica.

Este consentimiento permanecerá vigente a menos que sea revocado por escrito.

Si firmo en nombre de un menor o dependiente, certifico que soy el tutor legal o representante autorizado.

Reconocimiento y Firma

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo la información anterior y acepto los términos descritos.

Nombre del Paciente/Tutor (en letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____