



BON SECOURS
VIRGINIA HEALTH SYSTEM
 Bon Secours Health System, Inc.



- Bon Secours Medical Group - Richmond
- Bon Secours Medical Group - Hampton Roads
- Bon Secours HealthSource

Place patient label inside box (if no patient label, complete below)	
Name:	_____
DOB:	_____
MR #:	_____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Authorization for Treatment

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

- Por la presente, autorizo tratamiento médico por parte del médico, del personal clínico, y de los empleados técnicos asignados a mi cuidado.
- Autorizo a mis médicos tratantes a ordenar cualquier servicio auxiliar que consideren necesario para mi cuidado y mi tratamiento.
- Comprendo que tengo el derecho y la oportunidad de hablar de los planes alternativos de tratamiento con mi médico u otro proveedor de asistencia médica y de preguntar y que me respondan a mi satisfacción toda pregunta o inquietud.
- En el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluido corporal en un modo que puede transmitir el VIH (virus de inmunodeficiencia humano), el virus de la hepatitis B, o el de la hepatitis C, consiento en que se analice mi sangre y/o mis fluidos corporales para detectar estas infecciones y en reportar los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que haya estado expuesto, según lo exige la ley de Virginia.
- Comprendo que Bon Secours Health Systems utiliza un sistema de historiales médicos electrónicos. Comprendo que este sistema está implementado de acuerdo con HIPAA y otras normas de privacidad del paciente y el manejo de información médica. Comprendo que mis proveedores de asistencia médica tendrán acceso a mi información médica durante mi atención continua.
- Comprendo que Bon Secours Health System utiliza un mecanismo electrónico de prescripción para la transmisión electrónica de prescripciones a mis farmacias locales y a las farmacias de venta por correo.
- Consiento en la revelación de mi historial de prescripciones de parte de cualquier farmacia o agencia de control de medicamentos a mi médico.
- Comprendo que mi nombre y mi información de contacto puede ser compartida por Bon Secours Health System con su socio de encuestas, Gallup, para realizar encuestas de satisfacción del paciente acerca del cuidado que recibí. Comprendo que toda la información compartida estará protegida de acuerdo con las pautas de seguridad y privacidad HIPAA y que la participación en la encuesta será voluntaria.
- Comprendo que puedo recibir un llamado telefónico del socio de Bon Secours Health System, Gallup, a fin de solicitar mi participación voluntaria en una encuesta sobre el cuidado que he recibido por parte de esta entidad.

ACUERDOS DE PAGO

- Acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios que se me prestaron a mí o mis familiares a cargo.
- Al firmar este documento, autorizo la asignación al Consultorio Médica de todos los pagos bajo cualquier beneficio de seguro que de lo contrario serían pagaderos a mí por los servicios provistos bajo cualquier póliza de seguro (hospitalización, seguro médico mayor, compensación de los trabajadores, o cualquier otro seguro o plan de beneficio).
- Al firmar este documento, autorizo la revelación de mi Información Médica Protegida (PHI *por sus siglas en inglés*) a mis compañías de seguro o a otros tercero pagador, incluyendo a sus representantes, según sea necesario para determinar la cobertura o según se requiera para revisión, mejora de la calidad, y/o manejo.
- Acepto pagar, al momento de recibir el servicio, todo co pago, co seguro y deducible que se requiera, así también como los cargos por los servicios no cubiertos por mi seguro.
- Comprendo que todos los saldos pendientes serán facturados a mi dirección, según consta en el archivo de esta oficina, y que soy responsable de actualizar mi información de registro en la medida en que sea necesario.



BON SECOURS
VIRGINIA HEALTH SYSTEM
 Bon Secours Health System, Inc.



- Bon Secours Medical Group - Richmond
- Bon Secours Medical Group - Hampton Roads
- Bon Secours HealthSource

Place patient label inside box (if no patient label, complete below)	
Name:	_____
DOB:	_____
MR #:	_____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Authorization for Treatment

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

- Por la presente, autorizo tratamiento médico por parte del médico, del personal clínico, y de los empleados técnicos asignados a mi cuidado.
- Autorizo a mis médicos tratantes a ordenar cualquier servicio auxiliar que consideren necesario para mi cuidado y mi tratamiento.
- Comprendo que tengo el derecho y la oportunidad de hablar de los planes alternativos de tratamiento con mi médico u otro proveedor de asistencia médica y de preguntar y que me respondan a mi satisfacción toda pregunta o inquietud.
- En el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluido corporal en un modo que puede transmitir el VIH (virus de inmunodeficiencia humano), el virus de la hepatitis B, o el de la hepatitis C, consiento en que se analice mi sangre y/o mis fluidos corporales para detectar estas infecciones y en reportar los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que haya estado expuesto, según lo exige la ley de Virginia.
- Comprendo que Bon Secours Health Systems utiliza un sistema de historiales médicos electrónicos. Comprendo que este sistema está implementado de acuerdo con HIPAA y otras normas de privacidad del paciente y el manejo de información médica. Comprendo que mis proveedores de asistencia médica tendrán acceso a mi información médica durante mi atención continua.
- Comprendo que Bon Secours Health System utiliza un mecanismo electrónico de prescripción para la transmisión electrónica de prescripciones a mis farmacias locales y a las farmacias de venta por correo.
- Consiento en la revelación de mi historial de prescripciones de parte de cualquier farmacia o agencia de control de medicamentos a mi médico.
- Comprendo que mi nombre y mi información de contacto puede ser compartida por Bon Secours Health System con su socio de encuestas, Gallup, para realizar encuestas de satisfacción del paciente acerca del cuidado que recibí. Comprendo que toda la información compartida estará protegida de acuerdo con las pautas de seguridad y privacidad HIPAA y que la participación en la encuesta será voluntaria.
- Comprendo que puedo recibir un llamado telefónico del socio de Bon Secours Health System, Gallup, a fin de solicitar mi participación voluntaria en una encuesta sobre el cuidado que he recibido por parte de esta entidad.

ACUERDOS DE PAGO

- Acepto hacerme responsable del pago de todos los servicios que se me prestaron a mí o mis familiares a cargo.
- Al firmar este documento, autorizo la asignación al Consultorio Médica de todos los pagos bajo cualquier beneficio de seguro que de lo contrario serían pagaderos a mí por los servicios provistos bajo cualquier póliza de seguro (hospitalización, seguro médico mayor, compensación de los trabajadores, o cualquier otro seguro o plan de beneficio).
- Al firmar este documento, autorizo la revelación de mi Información Médica Protegida (PHI *por sus siglas en inglés*) a mis compañías de seguro o a otros tercero pagador, incluyendo a sus representantes, según sea necesario para determinar la cobertura o según se requiera para revisión, mejora de la calidad, y/o manejo.
- Acepto pagar, al momento de recibir el servicio, todo co pago, co seguro y deducible que se requiera, así también como los cargos por los servicios no cubiertos por mi seguro.
- Comprendo que todos los saldos pendientes serán facturados a mi dirección, según consta en el archivo de esta oficina, y que soy responsable de actualizar mi información de registro en la medida en que sea necesario.



BON SECOURS
RICHMOND HEALTH SYSTEM
 Bon Secours Richmond Health System



- Bon Secours Medical Group - Richmond
- Bon Secours Medical Group - Hampton Roads
- Bon Secours HealthSource

Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO
Authorization for Treatment

- Comprendo que soy responsable de pagar el saldo de mi cuenta en su totalidad a menos que se hayan autorizado otros acuerdos de antemano.
- Comprendo que hay un cargo de \$20 por cheques devueltos.
- Comprendo que las cuentas pasadas que se adeuden serán remitidas a una agencia de cobro a morosos y que seré responsable de todos los cargos del cobro, honorarios legales asociados, y del saldo de mi cuenta.
- Al firmar este documento, acepto que las fotocopias del mismo son tan vinculantes como el original.

He leído, comprendo y acepto las condiciones anteriores.

Firma del Paciente o Tutor **Aclaración** **Parentesco con el Paciente** **Fecha**

PRIVACIDAD y REVELACIÓN

Nuestro **Anuncio de Prácticas de Privacidad (NPP por sus siglas en inglés)** provee información acerca de cómo podemos usar y revelar su información médica personal. Por medio de su firma a continuación, usted reconoce haber recibido una copia de nuestro NPP.

Firma del Paciente o Garante **Aclaración** **Parentesco con el Paciente** **Fecha**

El paciente se niega a firmar la parte del formulario titulada **Privacidad y Revelación**.

Motivo: _____

No pueden realizarse modificaciones a este documento legal.



BON SECOURS
RICHMOND HEALTH SYSTEM
 Bon Secours Richmond Health System



- Bon Secours Medical Group - Richmond
- Bon Secours Medical Group - Hampton Roads
- Bon Secours HealthSource

Place patient label inside box (if no patient label, complete below)

Name: _____

DOB: _____

MR #: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Authorization for Treatment

- Comprendo que soy responsable de pagar el saldo de mi cuenta en su totalidad a menos que se hayan autorizado otros acuerdos de antemano.
- Comprendo que hay un cargo de \$20 por cheques devueltos.
- Comprendo que las cuentas pasadas que se adeuden serán remitidas a una agencia de cobro a morosos y que seré responsable de todos los cargos del cobro, honorarios legales asociados, y del saldo de mi cuenta.
- Al firmar este documento, acepto que las fotocopias del mismo son tan vinculantes como el original.

He leído, comprendo y acepto las condiciones anteriores.

Firma del Paciente o Tutor

Aclaración

Parentesco con el Paciente

Fecha

PRIVACIDAD y REVELACIÓN

Nuestro **Anuncio de Prácticas de Privacidad (NPP por sus siglas en inglés)** provee información acerca de cómo podemos usar y revelar su información médica personal. Por medio de su firma a continuación, usted reconoce haber recibido una copia de nuestro NPP.

Firma del Paciente o Garante

Aclaración

Parentesco con el Paciente

Fecha

El paciente se niega a firmar la parte del formulario titulada **Privacidad y Revelación**.

Motivo: _____

No pueden realizarse modificaciones a este documento legal.