LEXINGTON Women's Care Irmo
Un Consultorio de Lexington Medical Center

1 Wellness Boulevard, Suite 203
Irmo, SC 29063
Teléfono: (803) 936-8100 • **Fax:** (803) 749-9916
LexingtonWomensCare.com

Lexington Medical Center

Formulario de la Red de Consultorios Médicos para Autorización/Consentimiento

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA TRATAMIENTO/CONTACTO

Autorizo a médicos, enfermeros profesionales con práctica médica, parteras y/o asistentes médicos de **Lexington Women's Care Irmo** quienes podrían atenderme, a sus asistentes, incluyendo los empleados por **Lexington Women's Care Irmo** a proporcionar la atención médica, exámenes, procedimientos, fármacos, sangre y productos sanguíneos, servicios y provisiones que mi proveedor considere aconsejables. Estos servicios podrían incluir servicios de patología, radiología, de urgencias y otros servicios especiales ordenados por mi proveedor. Al dar consentimiento para tratamiento no me baso en ninguna declaración en cuanto a resultados. También autorizo a mi proveedor a examinar, utilizar, guardar, y/o deshacerse de cualquier tejido, fluidos o partes extraídos de mi cuerpo de la manera que sea (menos para la donación de órganos y/o trasplantación). En caso de que alguien del personal que asista en la provisión de mi atención y tratamiento sufra exposición involuntaria a mi sangre y/u otra sustancia corporal capaz de transmitir enfermedad y me es imposible consultar oportunamente con mi médico anteriormente a los análisis, doy consentimiento a análisis limitados para determinar la presencia, si la hay, de anticuerpos contra la hepatitis A, B, y C y el VIH. _____ (*iniciales*)

Autorizo a los Consultorios de Médicos de Lexington Medical Center a llamarme a cualquier número de celular que proporcione para llevar a cabo asuntos de negocios conmigo o contactarme sobre mi cuenta. Para este propósito consiento al uso de marcadores telefónicos automáticos._____ (*iniciales*)

Consiento y doy permiso a **Lexington Women's Care Irmo** para fotografiarme únicamente para los propósitos internos de la identificación de pacientes. Esta foto no será utilizada para propósitos de mercadeo sin el consentimiento expreso del paciente.

DIVULGACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo entiendo que hay que hacer el pago en el momento en que los servicios sean prestados. Yo por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica a (1) una compañía de seguro médico por la cual cobro beneficios y (2) cualquier médico involucrado en mi cuidado médico. Sé que la autorización permite a los Consultorios de Médicos de LMC a divulgar cualquier información a cualquiera de mis aseguradores o médicos. Yo autorizo y ordeno a mis aseguradores pagar directamente a los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center y/o sus médicos cualquier y todo beneficio hasta la cantidad de mi factura concerniente a todos los cargos incurridos. Yo asigno a los Consultorios Médicos de Lexington Medical Center, incluyendo sus afiliados, todo y cualquier tipo de beneficio o compensación, de cualquier tipo a los cuales tengo derecho con respecto a los servicios de atención médica que reciba, incluyendo aunque no limitándose a la compensación de cualquier arreglo de responsabilidad o sentencia pagada por o de parte de terceros y cualquier beneficio pendiente de pago de cualquier póliza de seguros ante terceros. Yo ordeno que tales beneficios sean pagados directamente a los Consultorios Médicos de LMC y/o sus afiliados, incluyendo sus médicos, y destinados a mi(s) factura(s) hasta que la(s) factura(s) se pague(n) en su totalidad. Yo entiendo que soy personalmente responsable por cualquier honorario restante. Yo por la presente acepto pagar todo costo y honorarios razonables de abogado en el evento de que esta factura sea pasada a un abogado para cobranza. _____ (*iniciales*)

Escriba el nombre del paciente en letra de molde: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Firma del paciente:_____ Fecha: _____

Firma de la Parte Responsable (Si es diferente):_____ Fecha: _____