

# Información del Paciente



Razón del Tratamiento: \_\_\_\_\_

Proveedor Remitente: \_\_\_\_\_

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

¿Cómo se enteró de nosotros?  Proveedor  Amigo  Otro: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Primero: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Estado Civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Casa #: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Licencia de conducir #: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Afroamericano  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Hispano o latino  No hispano o latino  Rechazo a declarar

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Compañía de aseguradora primaria: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Titular Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del titular con el Paciente: \_\_\_\_\_ Tipo de plan:  HMO  PPO  POS  Medicare

(Si es HMO o POS) IPA/Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ (Si es HMO o POS) Teléfono de IPA/grupo para autorizaciones: \_\_\_\_\_

Compañía de aseguradora secundaria: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del titular: \_\_\_\_\_ Titular Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del titular con el Paciente: \_\_\_\_\_ Tipo de plan:  HMO  PPO  POS  Medicare

(Si es HMO o POS) IPA/Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ (Si es HMO o POS) Teléfono de IPA/grupo para autorizaciones: \_\_\_\_\_

**\*\* Para nuestros pacientes: Pedimos a todos los pacientes que muestren sus tarjetas de aseguradora y una identificación con foto \*\***

Firma del Paciente o Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Su Perfil de Salud



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## POR FAVOR ANOTE TODAS LAS ALERGIAS Y REACCIONES:

## HISTORIA DE SALUD:

### Cardiovascular

- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Ataque al corazón
- Derrame cerebral / AIT
- Marcapasos o desfibrilado
- Enfermedad cardíaca
- A-Fib
- Otro: \_\_\_\_\_

### Endocrino

- Diabetes
  - Tipo I
  - Tipo II
- Enfermedad de la tiroides
  - Híper
  - Hipo
- Enfermedad de Graves
- Otro: \_\_\_\_\_

### Neurología

- Esclerosis múltiple
- Miastenia gravis
- Convulsiones
- Migrañas
- Enfermedad de Parkinson
- Derrame cerebral
- Otro: \_\_\_\_\_

### Alergia e inmunología

- Rinitis alérgica
- C I D P
- Primaria
  - Imunodeficiencia
- Lupus sistémico
  - Eritematoso
- Otro: \_\_\_\_\_

### Respiratorio

- E P O C
- Tos crónica
- Bronquitis
- Asma
- Enfisema
- Otro: \_\_\_\_\_

### Condiciones de la Piel

- Eczema
- Psoriasis
- Ronchas / Urticaria
- Otro: \_\_\_\_\_

### Musculoesquelético

- Osteoporosis
- Pérdida de sensación, hormigueo, entumecimiento
- Otro: \_\_\_\_\_

### Sangre / Inmunológico

- Anemia por deficiencia de hierro
- Hemofilia
- Moretones con facilidad
- VIH / SIDA
- Otro: \_\_\_\_\_

### Reumatología

- Gota
- Artritis reumatoide
- Psoriasis en placa
- Artritis psoriásica
- Otro: \_\_\_\_\_

### Mujeres

- Actualmente embarazada
- Hiperemesis
- Endometriosis
- Fibromas
- Otro: \_\_\_\_\_

### Gastrointestinal

- Enfermedad de Crohn
- Colitis ulcerosa
- ERGE / reflujo
- Otro: \_\_\_\_\_

### GU / Riñón Crónico Enfermedad

- Etapa 1
- Etapa 2
- Etapa 3
- Etapa 4
- Diálisis

### Psicológico

- Ansiedad
- Depresiones
- Otro: \_\_\_\_\_

### Cáncer

- Seno
- Próstata
- Otro: \_\_\_\_\_

# Continuación de su perfil de salud...



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS / SUPLEMENTOS / VITAMINAS

Nombre:

Dosis:

Frecuencia:

Nombre:	Dosis:	Frecuencia:

Ver Adjunto

## CIRUGIAS:

Año:

Descripción:

Año:	Descripción:

## FUMAR / BEBER

¿Fumador?  No  Sí      ¿Ex fumador?  No  Sí      Pks/día: \_\_\_\_\_      Edad de dejar: \_\_\_\_\_

Cigarrillos    Cigarro    Vape    Exposición de segunda mano

¿Beber alcohol?  No  Sí      Tipo:  Vino  Cerveza  Otro      Bebidas por semana: \_\_\_\_\_

¿Drogas recreativas?  No  Sí      Tipo: \_\_\_\_\_      Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Dejar?  No  Sí      Edad de dejar: \_\_\_\_\_

¿Cafeína?  Café    Té    Bebidas energética      Cuantos por día? \_\_\_\_\_

# Continuación de su perfil de salud...



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

Alérgeno:	Descripción de la reacción:

## HISTORIA FAMILIAR

**Madre:** Historial médico:  Viva  Edad fallecida: \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_

**Padre:** Historial médico:  Viva  Edad fallecida: \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_

Nos gustaría agradecerle por elegir Infusion for health como su proveedor de atención médica. Infusion for Health se compromete a brindarle la mejor atención médica posible. La siguiente información describe sus responsabilidades financieras relacionadas con el pago de servicios profesionales. Al firmar este documento, usted acepta los términos y condiciones descritos en nuestra póliza financiera.

## Para Nuestros Pacientes con Beneficios de Asegurancia Médico:

Participamos en la mayoría de los principales planes de salud. Tenemos contratos con muchas PPO, compañías de aseguranzas y agencias gubernamentales, incluido Medicare. Nuestra oficina comercial presentará reclamaciones por cualquier servicio prestado a un paciente que es miembro de uno de estos planes y lo ayudará de cualquier manera que podamos para ayudarlo a obtener sus reclamaciones pagadas. Es responsabilidad del paciente proporcionar toda la información necesaria antes de salir del consultorio. Si tiene asegurancia secundario, automáticamente presentaremos un reclamo ante ellos tan pronto como el proveedor principal ha pagado. Es posible que su compañía de aseguranzas necesite que proporcione cierta información directamente. Es tu responsabilidad para cumplir con su solicitud.

Traiga su tarjeta de asegurancia al momento de su cita.

Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, pero no tiene una tarjeta de asegurancia con usted, el pago total se requiere cada visita hasta que podamos verificar su cobertura.

Si un paciente es miembro de un plan de asegurancia en el que no participamos, el pago total vence al tiempo de servicio.

**Si hay un cambio en su asegurancia, es su responsabilidad informarnos de este cambio de inmediato. La falta de comunicación en el cambio de asegurancia será su responsabilidad y requerirá un pago en su totalidad antes de que se realice el siguiente tratamiento.**

## Deducible / Coaseguro:

Requerimos el cobro de su deducible o coseguro aplicable, según lo requiera su asegurancia en el tiempo de servicio. Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques o las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, Discover y American Express. Si no tiene el pago acordado, su cita puede ser reprogramado. Esta cantidad se calculará antes de su cita y se cobrará en el momento del servicio. Cualquier saldo pendiente en su cuenta, después de ajustar todas las responsabilidades de su seguro, será facturado a usted. **La inscripción en un programa de asistencia para el copago de medicamentos es la única excepción a esta póliza.**

## Renuncia a la Responsabilidad del Paciente:

Es póliza de Infusion for Health tratar a todos los pacientes de manera equitativa en relación con los saldos de las cuentas. El consultorio no renunciará, dejará de cobrar o descontará el coseguro, los deducibles u otros beneficios financieros del paciente. Responsabilidades de acuerdo con la ley estatal y federal, así como los acuerdos de participación con los pagadores. La responsabilidad financiera total o parcial solo se puede renunciar de acuerdo con la Caridad / Atención gratuita de la práctica póliza.

## Servicios No Cubiertos y Fuera de la Red:

Servicios médicos que su compañía de seguros considera no cubiertos, fuera de la red o no médicamente necesario será su responsabilidad.

## Cambios de Cobertura:

Si su aseguranza cambia, notifiquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados a ayudarlo a recibir los máximos beneficios.

## Para Nuestros Pacientes sin Aseguranza Médico:

Si no tiene aseguranza médico grupal o individual, el pago de todos los servicios profesionales se espera en el momento de su visita. Tenga en cuenta que ofrecemos tarifas con descuento para pacientes sin aseguranza médico.

- **OPCIONES DEL PLAN DE PAGO:** Háganos saber si tiene dificultades para pagar su cuenta. Nosotros podemos ayudarlo estableciendo un plan de pago basado en sus dificultades financieras - llame al (800) 369-9165 para obtener ayuda.

## Llegadas Tardías:

Un paciente que llega más de 15 minutos después de su cita se considera que llega tarde. A la llegada tardía, no es considerada responsabilidad de Infusion for Health, serás reprogramado en el horario lo antes posible. Si el paciente llega más de 30 minutos tarde, la cita puede ser reprogramado.

## Continuación de Póliza Financiera de IFH PC...



### No Presentarse a la Cita:

Cualquier paciente que no llegue a una cita programada sin cancelar la cita al menos 24 horas antes de la hora programada se considera una "no presentación". **Por favor espere 24 hrs. para cambiar o cancelar su cita para evitar una tarifa de cancelación de \$50.00 por inyecciones o \$100.00 por infusiones.** Un paciente que no se presenta dos veces a las citas programadas se considera una ausencia crónica. Un paciente que no se presente tres veces puede ser despedido por Infusion for Health.

### Nombramiento de saldo moroso:

Los pacientes con un saldo atrasado deben realizar el pago total de los servicios futuros. Cuenta delinciente se define como un saldo del paciente **superior a 120 días** si el paciente no ha realizado ningún pago o buscó ayuda por dificultades económicas durante este tiempo. Si no se realiza dicho pago, los servicios pueden ser rechazados.

### Falta de Pago

Todos los saldos responsables del paciente que permanecen en mora después de 90 días, sin respuesta a nuestras solicitudes de pago, puede ser referido a una agencia de cobranza. Tenga en cuenta que si queda un saldo impago, usted y / o sus familiares inmediatos pueden ser dados de alta de esta práctica. Si esto ocurre, será se le notifica por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante esos 30 días período, solo podremos atenderlo en caso de emergencia.

**Gracias por comprender nuestra póliza financiera. Háganos saber si tiene alguna pregunta o preocupaciones.**

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

**Para los pacientes de Medicare, por favor firme el ABN en la página siguiente (página 8).**

**Si no es un paciente de Medicare, por favor continúe a la página 9**

R. Notificado:  
B. Nombre del paciente:

C. Número de identificación:

**Aviso anticipado al beneficiario de no cobertura (ABN)**

**NOTA:** Si Medicare no paga por D. \_\_\_\_\_ a continuación, es posible que tenga que pagar.

Medicare no paga todo, ni siquiera algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica tienen buenas razones para pensar que necesita. Es posible que Medicare no pague lo que se indica en D. \_\_\_\_\_ a continuación.

D.	E. Razón por la que Medicare no puede pagar:	F. Costo estimado

**LO QUE NECESITA HACER AHORA:**

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado.
- Háganos cualquier pregunta que pueda tener después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si desea recibir la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente.

**Nota:** Si elige la opción 1 o 2, podemos ayudarle a utilizar cualquier otro seguro que tenga, pero Medicare no puede exigirnos que lo hagamos.

**G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.**

- OPCIÓN 1.** Deseo la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente. Puede solicitar que se le pague ahora, pero también deseo que se le facture a Medicare por una decisión oficial sobre el pago, que se me envía en un Resumen de Medicare (MSN). Entiendo que si Medicare no paga, soy responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare siguiendo las instrucciones del MSN. Si Medicare paga, usted reembolsará cualquier pago que le haya hecho, menos copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Deseo la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente, pero no facture a Medicare. Puede solicitar que se le pague ahora ya que soy responsable del pago. No puedo apelar si no se factura a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No deseo la D. \_\_\_\_\_ mencionada anteriormente. Entiendo que con esta elección **no** soy responsable del pago y no puedo apelar para ver si Medicare pagaría.

**H. Información adicional:**

**Este aviso da nuestra opinión, no es una decisión oficial de Medicare.** Si tiene otras preguntas sobre este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/ TTY: 1-877-486-2048).

Firmar a continuación significa que ha recibido y comprende este aviso. Puede solicitar recibir una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

**Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice).**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la estimación de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.



# Aseguranza Responsabilidades



Si usted tiene....	Tu eres Responsable	Nuestro Personal
<p><b>Aseguranza Comercial</b> También conocido como indemnización, aseguranza "regular", cierto % dividido entre pacientes y las compañías de aseguranzas.</p>	<p>Para el pago de la responsabilidad del paciente por todos infusión, inyección o cualquier otro cargo. <b>Este es solicitado en el momento de la visita al consultorio.</b></p>	<p>Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar deducibles y coaseguro. Presentar una reclamación de aseguranza como cortesía hacia usted.</p>
<p><b>Planes PPO con los que temenos un con contrato.</b></p>	<p>Si los servicios que recibe están cubiertos por el plan: <b>Todos los deducibles y coaseguros aplicables se solicitan en el momento de la visita al consultorio.</b> Si los servicios que recibe no están cubiertos por el plan: El pago total se solicita en el momento de la visita.</p>	<p>Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar deducibles, coaseguros y servicios no cubiertos para usted. Presentar un reclamo de aseguranza en nombre de usted.</p>
<p><b>Plan de Punto de Servicio o PPO Fuera de la Red</b></p>	<p>Para el pago de la responsabilidad del paciente-deducible, coaseguros, servicios no cubiertos. <b>Esto se solicita en el momento de la visita.</b></p>	<p>Llame a su compañía de aseguranza de antemano para determinar los beneficios de la red, deducibles, coaseguro y no cubierto servicios.  Presentar un reclamo de aseguranza en nombre de usted.</p>
<p><b>Medicare PPO</b> No estamos contratados con Medicare HMO</p>	<p>Si tiene Medicare regular y no ha cumplido su deducible, <b>esto se solicita en el momento de la visita al consultorio.</b>  Calquier servicio no cubierto por el pago de Medicare es <b>solicitado en el momento de la visita.</b>  Si tiene Medicare como principal y también tiene aseguranza secundario: <b>No es necesario realizar ningún pago en el momento de la visita.</b>  Si tiene Medicare como primario, pero no aseguranza secundario: <b>El pago de su copago del 20% es solicitado en el momento de la visita.</b></p>	<p>Presentar el reclamo en sun nombre, así como cualquier reclamo a suaseguranza secundario.</p>
<p><b>Sin Aseguranza</b></p>	<p><b>Pago íntegro en el momento de la visita.</b></p>	<p>Trabaje con usted para resolver su cuenta. Pide hablar con el personal de la Oficina de Facturación si necesita asistencia.</p>

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

# Práctica de Privacidad de HIPAA



Las reglas de privacidad de HIPAA otorgan a las personas el derecho a solicitar una restricción sobre los usos y la divulgación de sus información de salud protegida (PHI). El individuo también tiene derecho a solicitar información confidencial comunicación o que una PHI de comunicación se realiza por medios alternativos, como el envío correspondencia a la oficina del individuo en lugar del hogar del individuo.

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que se me ha informado de la HIPAA regla de privacidad

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

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**Si no está firmado por el paciente, indique la relación:** \_\_\_\_\_

## Infórmenos con quién podemos compartir su información directamente.

Sus registros médicos e información de salud son confidenciales y están protegidos por HIPAA. Tomamos la responsabilidad de proteger seriamente su información médica. No se dará información a ninguna persona a menos que ellos tienen su autorización expresa a continuación: **POR FAVOR MARQUE E INDIQUE NOMBRE (S):**

**Poder Notarial Duradero:**  No  Sí Quién: \_\_\_\_\_

**Directiva Anticipada:**  No  Sí

MARCA	RELACIÓN	NOMBRE Y TELÉFONO
<input type="checkbox"/> Sí	Esposo(a)	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Padre	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Guardián	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Hijo	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Pareja	_____
<input type="checkbox"/> Sí	Otro:	_____

**Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):**

MARCA	¿DEJA UN MENSAJE?	MÉTODO	TELÉFONO, FAX O CORREO ELECTRÓNICO
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de casa	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del trabajo	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono móvil	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fax	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico	_____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro	_____

# Consentimiento para el Tratamiento



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Por la presente solicito los servicios de Infusion for Health y doy mi consentimiento para dicho tratamiento, medicamentos, y procedimientos según lo ordenado por mi Proveedor y los asociados de mi Médico a ser proporcionados por Infusion for Health. Acepto que Infusion for Health no es responsable de ningún acto u omisión al seguir las instrucciones de un Proveedor. También entiendo que si necesito ser hospitalizado o necesito servicios especiales durante el transcurso de mi atención, que no es proporcionada por Infusion for Health, los servicios y la hospitalización deben ser coordinados por yo, mi tutor / representante legal o mi Proveedor, son mi responsabilidad.

- Cumpliré con todos los procedimientos y tratamientos médicamente necesarios realizados en el centro.
- Si el saldo de mi cuenta se atrasa y se coloca en una agencia de cobranza o legal, acepto pagar todos los honorarios de abogados o agencias de cobranza asociados con mi cuenta morosa.

Yo, el abajo firmante, doy la autorización a Infusion for Health, para obtener cualquiera de mis registros médicos, enviados por correo o enviado por fax, pertinente a mi condición médica.

Autorización para Probar y Divulgar Información: Por la presente se le notifica de conformidad con la ley de California que paciente de esta instalación, es posible que se le realice una prueba para detectar la presencia del VIH o un anticuerpo contra el VIH sin su consentimiento si algún profesional de la salud u otro empleado de la ciudad tiene una membrana mucosa percutánea o abierta exposición de la herida a su sangre u otros fluidos corporales. Esta prueba está permitida por la ley de California y es para su protección, así como la protección de los Médicos, Enfermeras Practicantes, enfermeras y otros empleados del centro.

Certifico que la información aquí contenida es correcta a mi leal saber y entender. No retendré a mi Proveedor ni a ningún miembros de su personal responsables de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar esta forma.

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Menor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# Consentimiento para Compartir Datos



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Infusion for Health se esfuerza por crear una visión más holística de la atención al paciente. Para lograr esto, nos hemos asociado con expertos en salud para vincular los datos con una excelente atención clínica. Estos socios de datos nunca venderán la información del paciente, incluso si se eliminan los datos identificativos. Infusion for Health no incluirá sus datos de salud sin su consentimiento, proporcionado a continuación.

Yo, el abajo firmante, autorizo a Infusion for Health a proporcionar mi información médica a nuestros socios de datos con el objetivo de mejorar continuamente la calidad de la atención. Entiendo que la participación es completamente voluntaria y de ninguna manera afecta mi plan de atención actual.

**Firma del paciente o representante autorizado:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# Renuncia, Liberación e Indemnización



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

En consideración a mi solicitud de que Infusion for Health me proporcione tratamientos médicos, terapias de infusión, medicamentos y procedimientos según lo ordenado por mi médico y los asociados de mi médico, por la presente acepto lo siguiente:

- Entiendo que Infusion for Health no proporciona asistencia a pacientes que son parcialmente ambulatorios.
- Acepto estar acompañado por un cuidador, asistente o ayudante para ayudarme a caminar, moverme o realizar cualquier otra actividad física dentro de las instalaciones de Infusion for Health, si se solicita o es necesario por razones de seguridad.
- Entiendo que el propósito de estar acompañado por un cuidador, asistente o ayudante mientras camino, me muevo o realizo actividades físicas es prevenir caídas u otros accidentes similares que puedan causarme lesiones.
- Entiendo que es mi deber y responsabilidad proporcionar información médica pertinente antes de recibir servicios de tratamiento en Infusion for Health. La falta de información precisa sobre mi estado de salud podría afectar negativamente mi atención y tratamiento.

En consideración a mi solicitud de que Infusion for Health me proporcione tratamientos, medicamentos y procedimientos según lo ordenado por mi médico y los asociados de mi médico mientras me encuentro en las instalaciones de Infusion for Health, y en la medida permitida por la ley aplicable, por la presente acepto indemnizar, defender, eximir de responsabilidad y liberar para siempre a Infusion for Health, así como a sus accionistas, miembros, directores, funcionarios, empleados, agentes, sucesores y todas las demás personas que actúen en su nombre, bajo su dirección o en conjunto con ellos ("Liberados"), de cualquier y toda reclamación, demanda, acción, causa de acción, obligación, daño, responsabilidad, pérdida, costo o gasto, incluidos honorarios de abogados ("Reclamaciones"), que surjan o estén relacionados con la recepción de mis servicios de tratamiento en Infusion for Health, al caminar, moverme o participar en cualquier actividad física dentro de sus instalaciones, y que sean sufridos o incurridos por mí, mis representantes legales, cesionarios, beneficiarios, tutores, sucesores o herederos, ya sea que dichas reclamaciones sean causadas por un acto negligente u omisión de los Liberados o de otra manera, incluyendo conducta imprudente, y sin importar si dichas reclamaciones se basan en responsabilidad civil, incumplimiento de contrato, derechos estatutarios, principios legales o equitativos.

# Renuncia, Liberación e Indemnización



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

Por la presente, me comprometo y acepto no iniciar ni presentar, ya sea de manera individual o en nombre de cualquier otra persona y/o entidad, ninguna acción o procedimiento contra los Liberados basado en las Reclamaciones que son objeto de esta Liberación.

Si cualquier persona, incluido el abajo firmante, es menor de edad, entonces su padre/madre con custodia o su tutor legal acepta y aprueba por la presente esta Liberación en nombre de dicho menor.

HE LEÍDO DETENIDAMENTE ESTA DISPOSICIÓN DE LIBERACIÓN, INDEMNIZACIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y COMPRENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. SOY CONSCIENTE DE QUE ESTA ES UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UN CONTRATO ENTRE MÍ Y LOS LIBERADOS, Y LO FIRMO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

**Firma del paciente o representante autorizado:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

# Folletos para Pacientes



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

He recibido una copia de los folletos para pacientes que contienen: y/o

Se me ha proporcionado la dirección del sitio web de la instalación que contiene:

- Aviso de Privacidad de HIPAA
- Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Planificación de Emergencias, Seguridad en el Hogar, Control de Infecciones
- Tomando Decisiones sobre su Atención Médica
- Presentación de Quejas/Reclamaciones

He recibido instrucciones sobre los medicamentos administrados. He recibido material de marketing de la instalación e información sobre el alcance de sus servicios. He recibido instrucciones sobre cómo hacer seguimiento con Infusion for Health.

Entiendo que puedo presentar una queja sin temor a represalias, discriminación o interrupción injustificada del servicio. Para presentar una queja, llame al (805) 719-3700 y hable con el servicio de atención al cliente. Si su queja no se resuelve a su satisfacción dentro de 5 días hábiles, puede iniciar una queja formal por escrito y enviarla a la Dirección. Puede esperar una respuesta por escrito dentro de 14 días hábiles a partir de la recepción.

Entiendo que también puedo realizar consultas o presentar quejas sobre esta instalación llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE o a la Comisión de Acreditación para el Cuidado de la Salud (ACHC) al (919) 785-1214.

**Firma del paciente o representante autorizado:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde del paciente o representante autorizado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si el Beneficiario No Puede Firmar:**

**Firma del Testigo:** \_\_\_\_\_ **Relación del Testigo :** \_\_\_\_\_

**Razón por la cual el paciente no puede firmar:**  
\_\_\_\_\_