

Texas Tech University Health Sciences Center Ambulatory Clinics

Consent to Treatment/Health Care Agreement

CONSENT TO TREATMENT: I voluntarily consent to receive medical and health care services provided by Texas Tech University Health Sciences Center physicians, employees and such associates, assistants, and other health services may include diagnostic procedures, examinations, and treatment. I understand photographs, videotapes, digital and/or other images may be made/recorded for treatment, identification and payment purposes only. I understand that TTUHSC is a teaching institution. I acknowledge that no warranty or guarantee has been made to me as to result or cure.

I understand that this Consent to Treatment/Health Care Agreement will be valid and remain in effect as long as I attend or receive services from the TTUHSC Ambulatory Clinics, unless revoked by me in writing with such written notice provided to each clinic I attend or from which I receive services.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I understand that my prescriptions and prescription history will be sent, received and shared electronically with other healthcare providers and pharmacies. In addition, my medical records are available to other healthcare providers for treatment purposes through Health Information Exchanges (HIE). An HIE is an electronic system that stores your health information from multiple sources, not just TTUHSC, and may contain mental health and substance abuse information. Providers will attempt to exclude certain mental health and substance abuse records, but some portions of this information may be included. I may opt out of the HIE by completing an Opt-Out form. If I later change my mind, I may opt back in the same way.

FINANCIAL RESPONSIBILITY AND ASSIGNMENT OF BENEFITS: In consideration for receiving medical or health care services, I hereby assign to TTUHSC physicians and providers and/or the TTUHSC Medical Practice Income Plan my right, title, and interest in all insurance, Medicare/Medicaid, or other third-party payer benefits for medical or health care services otherwise payable to me. I also authorize direct payments to be made by Medicare/Medicaid and/or my insurance company or other third-party payer, up to the total amount of my medical and health care charges, to TTUHSC physicians and/or Medical Practice Income Plan. I certify that the information I have provided in connection with any application for payment by third-party payers, including Medicare/Medicaid, is correct. **I agree to pay all charges for medical and health care services not covered by, or which exceed, the amount estimated to be paid or actually paid by Medicare/Medicaid, my insurance company, or other third-party payer, and agree to make payment as requested by TTUHSC.**

ADVANCE DIRECTIVE:

Do you have a current, signed Advance Directive? ☐ YES ☐ NO
Has a signed copy been provided to TTUHSC? ☐ YES ☐ NO

By signing below, I agree I have read this form or it has been read to me and I understand what it is saying and agree to the terms.

Date Print Name Signature Patient/ legally authorized person

Witness/Translator Relationship to Patient

Texas Tech University Health Sciences Center Clínicas Ambulatorias

Consentimiento para Tratamiento/Acuerdo para el cuidado de la Salud

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente doy mi consentimiento para recibir servicios médicos por parte de los médicos de Texas Tech University Health Sciences Center, empleados y aquellos asociados, asistentes, y otros proveedores de atención de la salud (de otro modo referido como TTUHSC), según mi médico considere necesario. Yo entiendo que tales servicios pueden incluir procedimientos de diagnóstico, exámenes y tratamiento. Yo entiendo que fotografías, cintas de vídeo, imágenes digitales y/u otras imágenes pueden ser hechas/grabadas para fines de tratamiento y propósitos de pago solamente. Yo entiendo que TTUHSC es una institución de enseñanza. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre el resultado o cura de mi tratamiento.

Reconozco que TTUHSC puede utilizar sistemas de intercambio de información de salud para electrónicamente transmitir, recibir y/o acceder a mi información médica que puede incluir, pero no se limita a, los tratamientos, las recetas, los resultados de laboratorios, historial médico y de medicamentos recetados, y otra información de cuidados de salud.

Yo entiendo que este Consentimiento Para Tratamiento/Acuerdo para el Cuidado de la Salud, será válido y permanecerá vigente por el tiempo que se me preste o reciba atención médica en las Clínicas Ambulatorias de TTUHSC, a menos que yo revoque, por escrito, dicho permiso escrito proporcionado a cada clínica donde se me prestó o recibí atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA: Yo reconozco que "información protegida de salud" se refiere a mis diagnósticos, y/o tratamiento en TTUHSC, que incluye, pero no se limita, a información concerniente a enfermedad mental (excluyendo notas de psicoterapia), uso de alcohol o drogas, enfermedades contagiosas tales como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, recetas, historial médico, historial de medicamentos recetados, notas de evolución en el tratamiento o cualquier otra información relacionada.

Reconozco que el "Aviso sobre Prácticas de Privacidad" proporciona información sobre como TTUHSC y sus empleados pueden usar y/o revelar mi información protegida de salud para el tratamiento, pago por los servicios, operaciones de atención a la salud y por otros servicios según lo permita la ley. Yo entiendo que TTUHSC no se puede hacer responsable por el uso o revelación de información por terceras partes.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TRASPASO DE BENEFICIOS: En consideración por haber recibido servicios médicos o cuidado de la salud, por este medio yo traspaso a los médicos y proveedores de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos de Práctica Médica, mi derecho, título, e interés en todo seguro, Medicare/Medicaid, u otros pagadores terciarios de beneficios de servicios médicos o de otros cuidados de la salud que de otra forma me pagarían a mí. Yo también autorizo que Medicare/Medicaid y/o mi compañía de seguro médico o pagadores terciarios envíen los pagos directamente, hasta la cantidad total del costo de servicios médicos o cuidado de la salud, a los médicos de TTUHSC y/o al Departamento de Plan de Ingresos. Yo certifico que la información que he proporcionado con relación a los pagadores terciarios incluyendo Medicare/Medicaid es correcta.

Yo acepto pagar todos los gastos por los servicios médicos que no sean cubiertos por, o que excedan la cantidad estipulada por Medicare/Medicaid, mi compañía de seguro médico, u otros pagadores terciarios, y acepto pagar de acuerdo a las condiciones establecidas por TTUHSC.

DISPOSICION ANTICIPADA:

¿Yo he firmado una Disposición Anticipada? ☐ SI ☐ NO

¿Ha proporcionado una copia firmada a TTUHSC? ☐ SI ☐ NO

Yo certifico que he leído este documento o me ha sido leído.

Fecha
autorizada

Imprima su nombre

Firma de Paciente/otra persona legalmente

Hora

Testigo/Traductor*

Parentesco con el paciente

