



Community Health Systems, Inc. (CHSI) Consentimiento General del Paciente

ARTÍCULOS DE CONSENTIMIENTO	INICIALES DEL PACIENTE
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por la presente autorizo el tratamiento médico para la persona nombrada arriba.	
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES: Por la presente, confirmo haber recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de CHSI. Asimismo, reconozco que se me ofrecerá una copia de cualquier modificación si la solicito.	
ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA CALIFORNIA: Por la presente reconozco que he recibido información sobre directivas anticipadas.	
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA: Por la presente, confirmo haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA de CHSI. Asimismo, confirmo que una copia del aviso actual está disponible/publicada en la sala de espera, y que se me ofrecerá una copia de cualquier modificación si la solicito.	
HISTORIAL MÉDICO: Por la presente autorizo a CHSI a acceder a mi historial médico, sin limitación ni exclusión, según sea necesario y/o razonablemente aconsejable para divulgar, procesar, recuperar, transmitir y ver mi historial médico.	
SEGURO MÉDICO: Por la presente, autorizo y solicito a mi compañía de seguros que pague directamente a CHSI mis reclamaciones. Entiendo que mi seguro médico podría pagar menos de la factura real por los servicios prestados y acepto ser responsable de cualquier saldo pendiente que yo o mis dependientes podamos incurrir.	
Yo reconozco que he sido informado de que CHSI es financiado por el gobierno federal y debido a eso requieren preguntarme por mi tamaño familiar e ingresos con cada año. He elegido darle al personal tamaño de mi familia y el estimado de ingreso bruto anual ó elegido a no dar esa información.	
Certifico que he leído y entendido este aviso / autorización. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta acerca de este aviso. Reconozco que mis preguntas, si lo hay, han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita, excepto si la información ya ha sido compartida.	
Yo certifié que he recibido una copia de esta notificación.	

Nombre del Paciente: _____ Fe. Nac: _____

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fe. De Hoy: _____

Si no ha sido firmado por el paciente, indique relación: _____

Para uso del Personal Solamente

Notice of Privacy Practices not Obtained

To be completed by CHSI when a patient's signed Acknowledgement form is not obtained.

Please check the box that best applies:

- ☐ Individual refused to sign.
☐ An emergency situation prevented us from obtaining the acknowledgement.

Comment: _____