



Servicios de Salud Benton

Departamento de Salud del Condado Benton
Y Centro Comunitario de Salud Benton

Name _____

Client # _____ DOB _____

Consentimiento del Cliente y Aceptación de las Políticas de la Clínica

Los Servicios de Salud Benton (BHS, por sus siglas en inglés) proveen la información que todo cliente necesitan conocer, de manera que su experiencia sea la mejor posible. Por favor lea la información que se le provee para que entienda mejor nuestras políticas y conozca sus derechos y responsabilidades como cliente. Los servicios se ofrecen de forma voluntaria. No se le puede obligar a los clientes a aceptar servicios o ningún método de tratamiento en particular. Los clientes pueden escoger recibir atención de cualquiera de nuestros programas que elijan o que beneficien sus necesidades generales de salud y bienestar

Derechos y responsabilidades del cliente

Los clientes del BHS tienen ciertos derechos y responsabilidades los cuales se explican en el folleto “Derechos y Responsabilidades del Cliente”. Usted es responsable de cumplirlos como cliente del BHS. También hay un folleto que describe el “Proceso Para Quejas y Reclamos”. Por favor comuníquese con nosotros si tiene cualquier pregunta.

Políticas financieras y consentimiento para facturar

Todos los clientes son responsables de pagar por completo todos sus servicios

Cientes con seguro médico: Por favor traiga su tarjeta de seguro médico en cada ocasión que reciba servicios. Usted es responsable de pagar su co-pago antes de recibir su servicio. Usted también es responsable de pagar por los servicios o las cantidades que su seguro médico no cubra. Si le preocupa el pago de esta porción, usted puede solicitar el Programa de descuento Basado en la Escala Salarial. Puede también elegir que no le facturen a su seguro médico por una visita específica y pagar el costo total de los servicios sin descuento que le proporcionen durante esa visita.

Asignación para el seguro médico: Al firmar aquí abajo, Yo autorizo que cualquier pago por beneficios médicos de parte de mi seguro médico se haga directamente al BHS. BHS no puede aceptar la responsabilidad de recolectar los reclamos de su seguro médico o de negociar un acuerdo sobre un reclamo que esté en disputa. Se pueden añadir cargos financieros a cualquier cuenta, incluyendo aquellos que al final serán pagados por los beneficios del seguro médico. Los cargos de BHS no pueden ser la misma cantidad que se recibe por reembolso de parte de Medicare, Medicaid, TRICARE, VA, etc.

Cientes sin seguro médico: Se espera que los clientes paguen por lo menos el cargo mínimo antes de recibir el servicio. Cualquier balance adicional se recolectará durante el proceso de registro de salida. Si le preocupa el pago del balance completo al momento del registro de salida, usted puede aplicar al Programa de descuento Basado en la Escala Salarial en el registro de entrada o hablar con alguien de la Oficina de Facturas para crear un plan de pagos.

Cientes de Planificación Familiar: A estos clientes no se les requiere pagar un cargo mínimo, puede que no se les requiera pagar los co-pagos de seguros médicos. Los servicios de planificación familiar tendrán un descuento en base a la escala salarial dependiendo del tamaño de la familia y los ingresos.

Si le preocupa el pago al momento del registro de salida, usted puede hablar con el personal de nuestra oficina hacer un arreglo de plan de pagos.

Clientes de Salud Pública: A estos clientes puede ser que no se les requiera pagar el cargo mínimo. Los programas que no tienen cargos asociados a los servicios se excluirán de todos los requerimientos de las cuentas al cliente.

Se cobrará un cargo de \$12.50 por cheques que nos devuelvan por fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés) o porque la cuenta de banco esté cerrada.

BHS hará devoluciones de dinero en crédito con balances de menos de \$5.00 por pedido solamente. Si usted recibe un cheque de una devolución de dinero de \$20.00 o menos y no lo cobra dentro de 90 días, usted perderá esa cantidad por cargo de servicio [OAR (Regulación del Estado de Oregon) 98.311].

Información de Laboratorio:

Análisis que se hacen en la clínica:

- Están incluidos en el cálculo para el descuento en base a la escala salarial
- Como cortesía, BHS facturará a los seguros médicos

Análisis que se hacen en laboratorios fuera de la clínica

- **No** están incluidos en el cálculo para recibir descuento en base a la escala salarial (excepto clientes de Planificación Familiar)
- Como cortesía, se facturará a los seguros médicos por laboratorios fuera de la clínica
- BHS facturará a clientes que no tienen seguro médico

Guías para hacer citas:

Nosotros valoramos su tiempo y su bienestar. Nosotros hemos separado tiempo para servirle en sus necesidades de salud. Por favor valore nuestro tiempo por medio de mantener sus citas. Si usted no puede mantener su cita, por favor notifíquenos con 24 horas de anticipación. Clientes que pierdan su cita sin habernos notificado, se les podría negar el privilegio de hacer citas por en el futuro.

Consentimiento informado para consultas de Tele-salud

Los Servicios de Salud del Condado Benton (BCHS por sus siglas en inglés) que incluyen al Departamento de Salud del Condado Benton y los Centros de Salud de los Condados Benton y Linn, están ofreciendo salud virtual o tele-salud a sus clientes a través de visitas por teléfono, video y mensajes electrónicos.

Es importante que usted comprenda y acepte los siguientes términos de tele-salud.

- El proveedor de servicios estará en una ubicación diferente a la mía. Me conectaré a la visita virtual desde casa o desde otro lugar que no sea la oficina del proveedor.
- Entiendo que necesito estar en el estado de Oregon para recibir servicios de tele-salud.
- Se me informará si alguna persona adicional estará presente además de mí, personas que me acompañen y el proveedor o especialista. Daré mi permiso verbal antes de que entren las personas adicionales.
- Es mi responsabilidad evitar que otros observen y/o escuchen mi parte de los detalles de mi visita virtual.

- El proveedor mantendrá un registro de la consulta en mi registro médico.
- Divulgación de información: BCHS y/o proveedores que me brindan servicios profesionales, están autorizados a proporcionar información médica de mi registro médico al médico remitente, si lo hay, y a cualquier compañía de seguros o tercer parte pagadora, con el fin de obtener un pago de mi cuenta. BCHS está autorizado a divulgar información de mi registro médico a cualquier otro centro de atención médica o proveedor al que pueda transferirse mi atención.
- Doy mi consentimiento voluntario para los servicios de atención médica proporcionados por mis proveedores o una persona designada, que pueden incluir pruebas de diagnóstico, medicamentos y exámenes.
- Entiendo que, si no elijo participar en una visita de tele-salud, no se tomarán medidas en mi contra que causen un retraso en mi atención y que aún puedo continuar con una consulta cara a cara.
- Entiendo que, como con cualquier tecnología, Tele-salud tiene sus limitaciones. No hay garantía de que esta visita de tele-salud elimine la necesidad de ver a un proveedor en persona.

Aceptación y autorización del paciente

Al leer y firmar este formulario, acepto mis derechos y responsabilidades como cliente y doy mi consentimiento para el tratamiento y los servicios prestados por los Servicios de Salud Benton. Además, al firmar este formulario, aseguro que no he ocultado información de cobertura de seguro médico existente en el momento de este servicio, y que no hay otra cobertura de seguro médica existente de lo que he proporcionado. Yo acepto la responsabilidad completa de todos los cargos sean o no cubiertos por el seguro médico. Yo autoricé a BHS para liberar toda la información necesaria a mi compañía de seguros médico para efectuar el pago. He leído y entendido la información anterior y doy mi autorización para que el pago de los beneficios del seguro médico se haga directamente a BHS por los servicios prestados.

Como cliente de Servicios de Salud del Condado Benton, acepto participar activamente en mi tratamiento y la educación clínica, como participante activo del hogar de atención primaria centrado en el paciente de los Servicios de Salud Benton y lo considero mi hogar médico.

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde (Requerido)

Firma del Menor (si aplica)

Firma del Testigo (Requerido si es Menor)