

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

Gracias por elegir Unity Care NW como su sitio de atención médica.

Unity Care NW proporciona una atención integral de la persona y en equipo. Su equipo de atención está constituido por profesionales de la salud médica, dental y conductual. Mientras usted sea paciente de este lugar, Unity Care NW debe mantener un registro de los servicios de atención médica que le proporcionamos. Todos los miembros de su equipo de atención médica tienen acceso a su registro de atención médica. En el transcurso de su tratamiento, cualquier miembro de su equipo de atención médica puede desear verlo para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Puede haber costos asociados con las visitas a nuestro centro médico, lo que incluye copagos y honorarios. Si su seguro no cubre algunos servicios o si no es elegible para recibir atención con descuentos a través de nuestro Programa de Descuento de Cargos, usted podría tener que pagar los cargos que se aplican por sus visitas. Si desea rechazar nuestros servicios, infórmese a nuestro equipo de atención. Nuestro Departamento de Facturación siempre está dispuesto a trabajar con usted si tiene inquietudes.

Puede solicitar ver o hacer una copia de su registro de atención médica. Es posible que deba pagar un cargo, y deberá programar una cita para ver y copiar su registro. También puede pedir que corrijan su registro. No divulgaremos la información de su registro a otros a menos que usted lo ordene o a menos que la justicia nos autorice o nos obligue a hacerlo. Puede ver su registro u obtener más información al respecto comunicándose con nuestro Encargado de Privacidad al (360) 788-2663.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe con mayor más detalle cómo se puede llegar a utilizar o divulgar su información. También describe cómo puede acceder a su información.

Doy mi consentimiento para que el personal clínico de Unity Care NW me examine y me proporcione tratamiento. Entiendo que mi médico de atención primaria está a cargo de la dirección de mi atención médica y que puedo anular mi consentimiento en cualquier momento.

Leí este formulario y comprendo su contenido. Mi firma a continuación indica que reconozco haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente.

Firma del paciente o de la parte responsable

Fecha

Aclaración del nombre del paciente

Fecha de nacimiento