



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Entiendo y acepto que Regional Gastroenterology Associates of Lancaster, LLC d/b/a US Digestive Health ("US Digestive Health") puede darme tratamiento y puede usar y revelar información médica protegida sobre mí para tratamiento, pago y/o operaciones de atención médica.

Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar mis reclamos a las compañías de seguros/aseguradoras que se mencionan en mi expediente. Autorizo y cedo el pago de beneficios médicos en mi nombre directamente a Regional Gastroenterology Associates of Lancaster, LLC d/b/a US Digestive Health. Una copia de esta autorización será igual de válida que el original.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente

AVISO DE PARTICIPACIÓN EN QHIN

US Digestive Health participa en CommonWell a través de PrismaNet. Es una QHIN (Qualified Health Information Network) para facilitar el intercambio seguro de su información médica, incluida la información relacionada con diagnósticos y procedimientos de salud mental, entre sus proveedores de atención médica para fines relacionados con tratamiento, pago, operaciones de atención médica y uso secundario. A través de nuestra conexión con CommonWell QHIN, compartiremos su información médica con otros proveedores de atención médica participantes para nuestros pacientes a fin de dar acceso más rápido, facilitar una mejor coordinación de la atención y permitir decisiones de atención más informadas. Puede optar por «rechazar» y no compartir ninguna de su información médica a través de la QHIN completando y enviando el formulario de solicitud de rechazo a su proveedor médico. Puede pedirle a su proveedor una copia del formulario de solicitud de rechazo, o enviar un correo electrónico a Compliance@USDHealth.com.

ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DE JURISDICCIÓN

AVISO: Cláusula de selección de jurisdicción. Como paciente, o representante autorizado en nombre de un paciente, de US Digestive Health, y en consideración por el tratamiento recibido a través de o la atención dada en cualquier ubicación de US Digestive Health, acepto de manera consciente y voluntaria que cualquier reclamo, disputa, acción civil o procedimiento, incluido cualquier reclamo de negligencia o mala práctica médica de cualquier manera relacionado con esta admisión/procedimiento y servicios médicos, se presentará exclusivamente en el Tribunal de Causas Comunes del condado donde US Digestive Health prestó los servicios, en el Estado Libre Asociado de Pensilvania (Commonwealth of Pennsylvania). Además, renuncio de manera voluntaria, consciente y expresa al derecho de objetar la jurisdicción en el condado en el que recibí servicios y renuncio al derecho de presentar o hacer valer cualquier reclamo o disputa contra US Digestive Health, sus afiliados, empleados, funcionarios o agentes en cualquier otro condado.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente