axiscommunityhealth

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

Yo autorizo a los médicos afiliados, proveedores y personal de Axis Community Health para administrar tratamiento médico que hoy o durante el curso de la atención médica se considere recomendable o necesario.

Reconozco que soy legalmente responsable de todos los cargos en relación con la atención médica y tratamiento proporcionado por Axis Community Health. Los tratamientos pueden incluir, pero no son limitados, a las visitas de proveedores, visitas de enfermería, pruebas de laboratorios, medicamentos, suministros, y equipos.

Yo también soy responsable de comprender mi cobertura y las restricciones de mi seguro y/o programa de atencion medica y de notificar inmediatamente a Axis Community Health cada vez que haya un cambio en la información necesaria para procesar las reclamaciones.

Yo entiendo que tengo derecho a presentar una queja si no me siento cómodo con las decisiones médicas que me afectan directamente. Tengo derecho a apelar al personal de supervisión o al Jefe de Operaciones.

Yo entiendo que tengo derecho a presentar una queja directamente ante las agencias reguladoras, incluso si no he presentado una queja ante Axis. Mi decisión de presentar una queja / agravio no comprometerá mi atención medica. Toda la información relacionada con la queja / agravio se mantendrá confidencial.

Firma del paciente / representante:_____ **Fecha**:_____

Si está firmado por alguien que no sea el paciente:

Nombre impreso del representante:_____

Relación representativa con el paciente:_____

120.54.2