Injury Care Associates

www.injurycareco.com

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento para tratamiento o evaluación

Solicito y doy mi consentimiento de forma voluntaria para recibir servicios médicos de Transcend Medical LLC, que opera bajo el nombre de Injury Care Associates, incluidos sus consultorios afiliados, empleados y otros proveedores de servicios (en conjunto, "Injury Care Associates"). Doy mi consentimiento para los procedimientos y servicios auxiliares que puedan realizar los empleados de la clínica bajo las instrucciones generales o específicas de mi médico o de las personas designadas por el médico. Entiendo que no se me ha garantizado ningún resultado de mi tratamiento o de los servicios.

Confirmo que la información que proporciono a Injury Care Associates es correcta y está actualizada a mi leal saber y entender, y acepto informar al personal de inmediato si algo cambia.

Si mi visita es una evaluación o prueba solicitada por mi empleador o por un posible empleador (como un examen de aptitud para el trabajo, un examen previo a la contratación o una prueba de drogas o alcohol), entiendo que el servicio se realiza a solicitud de mi empleador y que la visita no establece una relación de proveedor tratante. Entiendo que los resultados se informarán al empleador que los solicitó.

Firma del paciente o representante: _____

Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a HIPAA de Injury Care Associates. Entiendo que describe cómo se puede usar y divulgar mi información de salud y explica mis derechos, y que el aviso vigente también está publicado en la clínica, disponible a solicitud y disponible en www.injurycareco.com.

La firma constituye un acuse de recibo y no es una condición para recibir tratamiento.

Firma del paciente o representante: _____

Compensación laboral: Reconocimiento sobre el intercambio de información

Entiendo que, en relación con mi lesión, enfermedad o exposición relacionada con el trabajo, la ley de compensación laboral de Colorado autoriza o exige que Injury Care Associates se comunique con mi empleador, con la aseguradora o el administrador de reclamos, y con otras personas que participen en mi reclamo. Entiendo que Injury Care Associates puede compartir con mi empleador información médica relacionada con el incidente laboral y pertinente a mi reclamo, que puede incluir mi diagnóstico de la condición relacionada con el trabajo, mi plan de tratamiento, el resultado esperado y la duración del tratamiento, mi estado laboral y mis restricciones, e información sobre el estado del reclamo. Entiendo que Injury Care Associates no comparte información sobre condiciones no relacionadas con mi lesión, enfermedad o exposición laboral, ni otra información que no sea pertinente a mi reclamo. Estas comunicaciones se describen con más detalle en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente o representante: _____

Responsabilidad financiera

Entiendo que la compensación laboral es un sistema regulado por el estado para lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, y que la aceptación de mi reclamo la decide la aseguradora o el administrador de reclamos, o un juez si la decisión se disputa.

Si mi reclamo es aceptado. Si mi reclamo es aceptado como compensable, o si un juez ordena que es compensable, Injury Care Associates facturará a la aseguradora, al administrador de reclamos o al empleador el tratamiento autorizado, razonable y necesario de mi condición relacionada con el trabajo y, como lo exige la ley de Colorado, no me facturará a mí ese tratamiento.

Si mi reclamo es denegado o se determina que no es compensable. Entiendo que, si mi reclamo de compensación laboral es denegado, o si se determina que mi condición no es compensable bajo la compensación laboral y se deniega el pago por ese motivo, soy financieramente responsable del costo de los servicios que recibí. En ese caso, Injury Care

Associates puede facturarme a mí o a mi seguro médico por esos servicios. Entiendo que esto se aplica tanto a los servicios recibidos antes de la denegación o determinación como a los recibidos después.

Si cambia el estado de mi reclamo. Si un reclamo denegado es aceptado posteriormente o se ordena que es compensable, Injury Care Associates facturará al pagador de compensación laboral los servicios cubiertos y reembolsará o ajustará cualquier cantidad que yo haya pagado por esos servicios, según lo exija la ley.

Entiendo que nada de lo dispuesto en esta sección renuncia a mi derecho a disputar una denegación o a continuar con mi reclamo.

Acepto informar de inmediato a Injury Care Associates sobre cualquier cambio que pueda afectar mi reclamo o el pago, como un cambio en el estado del reclamo, la denegación de cobertura, un cambio de aseguradora, un acuerdo de conciliación del reclamo, un cambio de dirección o número de teléfono, o un cambio de proveedor tratante. Acepto que una fotocopia de este formulario es tan válida como el original.

Firma del paciente o representante: _____

Facturación y comunicaciones con pagadores

Autorizo a Injury Care Associates a facturar a la aseguradora de compensación laboral, al administrador de reclamos o al empleador los servicios relacionados con mi reclamo, y a mi empleador o a la persona que este designe los servicios solicitados por el empleador. Entiendo que Injury Care Associates proporcionará a la aseguradora, al administrador de reclamos, al empleador o a otro pagador la información necesaria para procesar y pagar los reclamos, verificar que los servicios fueron autorizados y médicamente necesarios, y responder a auditorías y revisiones de utilización, limitada al mínimo necesario para esos fines, excepto cuando la ley exija o permita más.

Firma del paciente o representante: _____

Política de citas

Entiendo que debo avisar con al menos 24 horas de anticipación si no puedo asistir a una cita programada. Entiendo que la aseguradora de compensación laboral o el administrador de reclamos, y mi empleador, pueden ser informados de las citas canceladas, reprogramadas o a las que no asista como parte de mi reclamo. Entiendo que no seguir el calendario de tratamiento establecido por mi equipo médico puede prolongar mi recuperación y afectar el resultado de mi tratamiento. No cumplir con el calendario de tratamiento recomendado puede resultar en el alta o en la transferencia de mi atención a otro proveedor.

Firma del paciente o representante: _____

Aviso sobre tecnología y grabaciones

Usamos herramientas tecnológicas, incluida la inteligencia artificial (IA), para apoyar la documentación, las búsquedas en nuestros sistemas y los procesos administrativos. Estas herramientas se usan conforme a acuerdos que exigen a los proveedores proteger su información. Su proveedor de atención médica sigue siendo responsable de su atención y revisa sus expedientes médicos. Podemos tomar fotografías o hacer grabaciones de audio o video únicamente con fines clínicos. No las usamos con fines de mercadeo ni otros fines no clínicos sin su autorización por escrito. Puede pedirnos que no usemos la grabación con un asistente de documentación de IA (AI scribe) durante su visita.

Firma del paciente o representante: _____