

Consentimiento para el tratamiento médico en la clínica de salud escolar YMCA

La Clínica de Salud escolar de Mason Health (MHSBHC) está ubicada en *South Sound YMCA*. Se requiere que se firme un consentimiento por un padre o tutor antes de proporcionar servicios de atención médica, excepto en situaciones en las que las leyes federales y / o estatales permiten que los jóvenes accedan y den su consentimiento al tratamiento médico sin el consentimiento de los padres / tutores.

_____ (Iniciales) Solicito y autorizo

_____ (iniciales) **NO** solicito o autorizo

Nombre del estudiante/joven (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre, inicial del segundo nombre, apellido

puede recibir servicios de atención médica disponibles y considerados necesarios o aconsejables por La Clínica de Salud Basada en la escuela de Mason Health (MHSBHC) o el personal de enfermería del Distrito Escolar de Shelton.

Los servicios de atención médica pueden incluir, pero no se limitan a exámenes médicos de rutina, exámenes físicos deportivos, cuidado de bienestar o salud de niños y adolescentes, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, vacunas, fotografías para registros médicos, el personal de MHSBHC anima la participación de la familia en la atención médica que brindan a los jóvenes. Sin embargo, si no puedo estar presente, se autoriza que los jóvenes mencionados anteriormente reciban servicios médicos en mi ausencia. También se da el consentimiento para proveer la atención médica y, si es necesario, el transporte de emergencia a otros proveedores de atención médica o agencias que el personal de MHSBHC considere necesario. Este consentimiento no permite que los servicios se presten sin el consentimiento de los jóvenes a menos que los jóvenes no puedan dar su consentimiento.

Entiendo que se me pedirá que firmo un consentimiento adicional para las divulgaciones de expediente de salud mental y **antes de** la administración y / o los procedimientos de administración de vacunas

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la clínica cualquier cambio en el historial médico, de salud conductual o dental del joven. A menos que yo anote los cambios, el proveedor puede asumir que no ha habido cambios en el historial médico del joven.

Los menores de edad pueden autorizar por sí mismos el consentimiento para el tratamiento en las siguientes excepciones legales:

1. Pruebas/tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (incluyendo HIV) – (a partir de los 14 años) RCW 70.24.110
2. Servicios de control de la natalidad, a cualquier edad. RCW 9.02.100(1)
3. Servicios de aborto, a cualquier edad. RCW 9.02.100(2); State v Koome, 84 Wn.2d 901 (1975)
4. Servicios de atención prenatal, a cualquier edad. State v Koome, 84 Wn.2d 901 (1975)
5. Tratamiento de salud mental para el paciente – edad 13 años. RCW 71.34.530
6. Salud mental para pacientes internados en el hospital – edad 13 años. RCW 71.34.510
7. Trastorno por uso de sustancias (SUD) edad 13 años. RCW 70.96A.23

Patient Label

YMCA School Based Consent for Treatment

Mason Health
P.O. Box 1668, 901 Mountain View Drive
Shelton, WA 98584
MGH 1760S REV. 6/2022
SCAN TO CONSENT FORM

1/3

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD – Acuse de Recibo: Mantenemos un registro de los servicios de atención médica que le brindamos. Puede solicitar ver y copiar ese registro a la administración de información de Salud (HIM). Puede solicitar que se corrija ese registro poniéndose en contacto con HIM. No divulgaremos su registro a otros a menos que usted nos lo indique o que la ley nos autorice u obligue a hacerlo. Puede ver su registro u obtener más información al respecto comunicándose con el Oficial de Privacidad de Mason Health al 360-427-9585 o enviando un correo electrónico a privacy@masongeneral.com.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud, y cómo puede acceder a su información. Al firmar este documento, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad.

De acuerdo con las leyes federales y / o estatales, cuando se proporciona el consentimiento para la atención médica, la información de salud se mantiene confidencial, excepto en las siguientes circunstancias:

- El joven permite la divulgación de información a través de una autorización firmada, cuando corresponda.
- El joven exhibe un riesgo de daño inminente a sí mismo o a otros.
- El joven tiene un problema de salud potencialmente mortal y es menor de 18 años.
- Hay razones para sospechar abuso o negligencia.
- Ciertas enfermedades transmisibles deben notificarse a las autoridades de salud pública,
- Otras divulgaciones según lo exija la ley.

_____ (Iniciales) Autorizo a la escuela de mi hijo(a) a divulgar información demográfica básica de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) (nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, seguro médico, medicamentos y alergias) al personal **de MHSBHC** para permitir la coordinación de la atención médica. Se requiere autorización para la divulgación de registros con la firma de un padre / tutor si los registros deben divulgarse a la escuela de mi hijo(a).

El consentimiento está autorizado para los servicios médicos **prestados por MHSBHC** durante el período de tiempo que el joven está inscrito en una escuela con el Distrito Escolar de Shelton. Se puede cancelar este consentimiento en cualquier momento escribiendo al **MHSBHC** y entregándolo a Mason Clinic.

BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Certificado del paciente, autorización para divulgar información, y solicitud de pago. Yo certifico que la información que he suministrado al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Yo autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a que divulgue cualquier información necesaria para este u otro reclamo relacionado con Medicare, a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga a mi nombre.

MEDIGAP: Yo solicito que el pago de Medigap autorizado se haga de parte mía a Mason Health por cualquier servicio que yo reciba de Mason Health.

ASISTENCIA FINANCIERA: No se rechazará a nadie que requiera de tratamiento urgente o de emergencia en Mason Health por cause de que no pueda pagar o por falta de seguro médico. Mason Health ofrece ASISTENCIA FINANCIERA para cuidados de urgencias o emergencias. Los cargos hechos a personas que cumplen con los criterios de indigencia médica pueden ser reducidos o exentos. Usted puede solicitar Asistencia Financiera para el tratamiento que reciba en Mason Health. Regularmente, la Asistencia Financiera es algo secundario a TODOS los recursos financieros disponibles para el paciente. Las cuentas por cobrar en estatus legal no califican para ser consideradas para Asistencia Financiera. Por favor pregunte por nuestra Política de Asistencia Financiera para conocer las normas.

Patient Label

YMCA School Based Consent for Treatment

Mason Health

P.O. Box 1668, 901 Mountain View Drive

Shelton, WA 98584

MGH 1760S REV. 6/2022

SCAN TO CONSENT FORM

2/3

OTRAS POLÍTICAS FINANCIERAS: Mason Health ofrece una variedad de descuentos para pagos por completo:

Existe un descuento de 25% para servicios brindados en el hospital solo si no le cobramos al seguro y si el saldo en la cuenta se paga completo dentro de 30 días de la fecha de servicio.

Existe un descuento de 10% para servicios brindados en el hospital solo si no le cobramos al seguro y si el saldo en la cuenta se paga completo dentro de 30 días de la fecha de servicio.

Ajuste de Impuestos - Esta opción está disponible para propietarios de casas en el Condado de Mason (se deben someter los documentos de impuestos correspondientes). Cantidad Permitida: Hasta el total de los impuestos cobrados por el distrito hospitalario del Condado de Mason para propiedades del Condado de Mason, para el año en curso para cubrir gastos hospitalarios de bolsillo. Este ajuste se ofrece una vez por año de calendario con un máximo de \$250.00 por año.

ACUERDO FINANCIERO/EVALUACIÓN DE BENEFICIOS: Por medio del presente, asigno a Mason Health, médicos de la sala de emergencias del hospital, y otros contratistas terceros, cualquier beneficio que yo pudiera tener, o que tenga derecho a, por parte de cualquier compañía de seguro aplicable, pagador tercero, proveedor de compensación laboral, grupo de empleadores auto-asegurados y otra persona o entidad (o sus representantes autorizados) que pudieran ser responsables por mis servicios de cuidados de salud. Por medio del presente autorizo que el pago directo a Mason Health y dichos médicos de sala de emergencias del hospital, sea aplicado a mi factura. Entiendo que otros proveedores de cuidados me pueden cobrar por separado por sus servicios incurridos durante mi atención hospitalaria. Estos incluyen, pero no están limitados a, mis médicos de ingreso y tratantes, consultores, radiólogos, laboratorio, patólogos, anestesiólogos.

Acepto pagar todos los costos y cargos que aparezcan en mis estados de cuentas/formularios de facturas, de manera oportuna y al recibirlos, a menos que se hagan acuerdos de crédito por escrito y por adelantado para tal servicio.

Una copia de este poder es igual de válida que su original. Por medio del presente autorizo al apoderado que divulgue toda la información necesaria para garantizar el pago de tales beneficios. Acepto que los pagos no se retrasarán o retendrán por ninguna cobertura de seguro o reclamos pendientes relacionados con los mismos.

Yo entiendo que es mi responsabilidad, y no la de Mason Health, obtener el seguro apropiado u otra autorización de pagador para los exámenes médicos u otros tratamientos, y que yo soy responsable por el pago de los servicios brindados, aunque los servicios hayan estado o no cubiertos por el seguro y otra entidad en caso de haber obtenido la autorización correcta. Yo entiendo que, si no soy elegible bajo los términos de mi Acuerdo de Suscripción Médica y Hospitalaria, o si mi examen no ha sido autorizado correctamente por mi Proveedor Primario de Cuidados y/o compañía de seguro antes de la fecha de mi cita, yo seré responsable por todos los servicios brindados.

En el caso que se hagan esfuerzos de cobros, incluyendo, pero no limitados a acción legal, y estos sean necesarios para cobrar cualquier saldo debido no pagado por servicios médicos que se me hayan brindado a mí o la persona nombrada más abajo, yo acepto pagar los honorarios razonables bajo RCW 19.16.500, así como los costos de cobros, incluyendo, pero no limitado a honorarios de abogados, costos del tribunal y gastos legales adicionales asociados con el cobro de esta deuda. Yo acepto que el lugar para cualquier acción legal será el Condado de Mason, Washington. Se puede cobrar un interés a una tasa de 9% o la tasa máxima permitida por la ley, cualquier que sea menor, por año por saldos no pagados con más de 30 días de antigüedad. Todas las cuentas deberán ser pagadas por completo dentro de treinta (30) días después de la fecha del estado. Yo entiendo y acepto que Mason Health, sus afiliados, agentes o representantes me pueden contactar usando mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o servicios de marcado automático en cualquier número de teléfono que yo provea a Mason Health.

Los casos de seguro obligatorio de responsabilidad de terceros son responsabilidad del paciente. Mason Health no espera por resoluciones. El suscrito certifica que él/ella ha leído lo anterior, y que es el paciente, o está debidamente autorizado por el agente del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar todos los términos y condiciones. Se debe entregar una copia de este acuerdo de cobros a la persona que firma.

Firma de estudiante / joven (requerido para mayores de 13 años)

Fecha

Firma del padre/tutor legal

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Relación con el estudiante

Número de teléfono

Patient Label

YMCA School Based Consent for Treatment

Mason Health

P.O. Box 1668, 901 Mountain View Drive

Shelton, WA 98584

MGH 1760S REV. 6/2022

SCAN TO CONSENT FORM

3/3



Mason Health

Mason General Hospital • Mason Clinic

Nombre Legal (Apellido, Primero M): _____ Otro Nombre: _____
 Sexo: *Mujer* *Hombre* Núm. de seguro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza: *Caucásico* *afroamericano* *Desconocido* *Esquimal* *Hispano/Latino* *Nativo American* *Asiático*
 Hawaiano Nativo/de las islas pacificas *Otro*: _____ Etnicidad: *Hispano* *No Hispano*

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Residencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

de casa: _____ Celular: _____ Podemos dejar un mensaje detallado? S/N

Estado Civil: *Soltero/a* *Casado/a* *Divorciado/a* *Viudo/a* *Otro*: _____

Idioma: _____ Religion: _____ Email: _____

Situación laboral: *Tiempo completo* *Tiempo parcial* *Trabajo por cuenta propia* *Fecha de retirada*: *Estudiante* *Nino/a* *desempleados* Empleador: _____ Dirección de empleador: _____

Ocupación: _____ Numero de trabajo: _____

Doctor de cabecera: _____ Nombre del garante: _____
Si mismo *Cónyuge* *Padre* *Otro* _____

Seguro Primario: _____ Asegurado: *Si mismo* *Cónyuge* *Padre* *Otro* _____

de ID: _____ # de grupo: _____ Sostenedor de seguro: _____
 Fecha de naci. : _____ *Tiempo completo* *Tiempo parcial* *Trabajo por cuenta propia* *Retirado/a* Empleador de sostenedor de seguro: _____

Seguro secundario: _____ Asegurado: *Si mismo* *Cónyuge* *Padre* *Otro* _____

de ID: _____ # de grupo: _____ Sostenedor de seguro: _____
 Fecha de naci. : _____

Tiempo completo *Tiempo parcial* *Trabajo por cuenta propia* *Retirado/a*

Empleador de sostenedor de seguro: _____ Contacto de emergencia: _____
 Relación al paciente: _____ Núm. de teléfono: _____ Pariente mas cercano: _____
 Relación al paciente: _____ Núm., de teléfono: _____

 Signature (Patient, Parent, Legal Representative)

 Relationship to Patient

 Date