



St. Thomas East End Medical Center Corporation  
4605 Tutu Park Mall, Suite 207  
P.O. Box 503177  
St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700  
Fax: (340)777-7927

“Su Salud es nuestra Primera Prioridad”

### CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA / DENTAL

Por la presente se autoriza a St. Thomas East End Medical Center Corporation (STEEMCC) a proporcionar servicios médicos, de comportamiento y dentales, exámenes y pruebas de diagnóstico. Procedimientos e inmunizaciones según lo recomendado por cualquiera de sus médicos, enfermeras, dentistas y otro personal médico y dental. STEEMCC está obligado por ley a divulgar todo el material riesgos y tratamientos médicos alternativos. Al dar su consentimiento, el paciente ha reconocido que se le ha informado en términos generales de la naturaleza y finalidad de los tratamientos médicos y dentales, exámenes, pruebas de diagnóstico. Inicial: \_\_\_\_\_

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Usted es responsable de cualquier copago en el momento del servicio y al recibir una factura por cualquier monto determinado por su contrato con su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier monto que no cubra su asegurador. Si su compañía de seguros niega cualquier parte de su reclamo, usted será responsable por el saldo total de su cuenta. Si no está asegurado, o si se han descontado los servicios prestados, se esperará que proporcione el pago con descuento en su totalidad por nuestros servicios en el momento en que se presten.

He leído la política anterior con respecto a mi responsabilidad financiera con St. Thomas East End Medical Center Corporación para brindar servicios de rehabilitación al paciente mencionado anteriormente o a mí. Certifico que la información proporcionada es, según mi leal saber y entender, verdadero y exacto. Acuerdo pagarle a St. Thomas East End Medical Center Corporation el monto total y todas las facturas incurridas por mí o el paciente mencionado anteriormente, si corresponde, cualquier monto adeudado después de que mi compañía de seguros haya realizado el pago. Inicial: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA

Como parte del registro, a los pacientes que se presenten sin identificación se les tomará una foto durante el proceso de registro. Esto es para minimizar el fraude y las duplicaciones en nuestro sistema. Inicial: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

Para garantizar la seguridad del personal y los pacientes, STEEMCC está utilizando la telemedicina para atender a nuestros pacientes en el comunidad. La telemedicina implica el uso seguro de comunicaciones electrónicas para brindar servicios de atención médica a la comunidad. Esto permite la mejor práctica de distanciamiento social con el proveedor y el paciente en diferentes ubicaciones. La telemedicina en STEEMCC proporcionará la misma calidad de servicio como si estuviera en la instalación. Si el paciente se niega a participar o decide parar de participar en una visita de telemedicina, se registrará en el registro médico del paciente. El rechazo del paciente no afectará la atención o el tratamiento futuros en STEEMCC. Inicial: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

#### Consentimiento

- Consiento para Atención de Conducta / Médica / Dental
- Reconozco la responsabilidad financiera del paciente
- Consiento para Fotografía si es necesario
- Consiento para Telemedicina

#### NO Consentimiento

- NO consiento para la Atención Médica / Dental
- NO reconozco la responsabilidad financier del paciente
- NO consiento para Fotografía si es necesario
- NO consiento para Telemedicina

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha