UNT HEALTH PATIENT SERVICES

Patient Name/DOB: _____

CONSENT TO TREATMENT: Each patient of the University of North Texas Health Science Center at Fort Worth (UNTHSC) is treated pursuant to orders of his/her attending practitioner. I understand that UNTHSC is a teaching institution. I give my consent to my attending practitioner or his/her designees to perform or administer all tests and treatment which, in the judgment of such practitioners, are advisable during my visit to UNTHSC.

I understand and acknowledge that Texas Law provides that if any health care worker is exposed to my blood or other bodily fluid, UNTHSC may perform tests, with or without my consent, on my blood or other bodily fluid to determine the presence of any communicable disease, including HIV, with or without my consent. I understand that such testing is necessary to protect those who will be caring for me while I am a patient of the clinic at UNTHSC. I understand the results of tests taken under these circumstances are confidential and do not become a part of my medical record.

RELEASE OF INFORMATION: I authorize UNTHSC to release/obtain information contained in my financial and medical records, including diagnosis and test results, to/from (a) any of my treating practitioners, (b) my insurance company or health plan or its representative, or its agents or independent contractors, or (c) any other person or entity that is responsible for paying or processing for payment any portion of my medical treatment bill, or (d) to an person or entity affiliated with UNTHSC for the purposes of administration, billing, collecting, and quality assessment and risk management or to any hospital, nursing home, home health agency or to any healthcare institution to which I am transferred. I understand this consent applies to all records created in the course of and relating to my care at UNTHSC.

I release and agree to hold harmless UNTHSC and its agents, representatives, and employees from any and all liability associated with the release of confidential patient information in accordance with this authorization. I understand UNTHSC cannot be responsible for use or redisclosure of information by third parties.

FINANCIAL AGREEMENT AND ASSIGNMENT OF BENEFITS: In consideration for the services to be rendered to me, I agree to pay for those services. I agree to assign to UNTHSC and any practitioner providing care/treatment to me, the benefits under my insurance policies or prepaid health care plan or other reimbursement source. I acknowledge that any balance not covered or paid by such policy or plan is my legal responsibility.

THIS IS A LEGAL CONSENT AND ASSIGNMENT OF BENEFITS FORM. PLEASE READ IT CAREFULLY AND BE SURE YOUR QUESTIONS HAVE BEEN ANSWERED BEFORE SIGNING.
A photostatic copy of this consent form shall be valid and may be used and relied upon with the same effect as the signed original.

Patient/Legally Authorized Person:_____ Date:_____

Print Name and Relationship to Patient:_____

Witness/Translator:_____

UNT HEALTH PATIENT SERVICES

Pacienta Nombre/DOB: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Cada paciente del Centro de Salud de la Universidad del Norte de Texas (UNTHSC) es tratado de acuerdo a las órdenes del médico que lo está atendiendo. Yo entiendo que el UNTHSC es una institución educacional. Doy mi consentimiento al médico que me atiende o a las personas que él/ ella designe para realizar o administrar todos los estudios y el tratamiento que según su juicio, sean aconsejados durante mis visitas al UNTHSC.

Entiendo y acepto que las Leyes de Texas estipulan que si cualquiera de los que trabajan en el cuidado de la salud está expuesto a mi sangre u otros fluidos del cuerpo, pueden determinar con o sin mi consentimiento, la presencia de enfermedades contagiosas, incluyendo el HIV, en mi sangre o en cualquiera de los otros fluidos. Comprendo que esos análisis son necesarios para proteger a aquéllos que están a cargo de mi salud mientras you sea un paciente de la clínica del UNTHSC. Comprendo que los resultado de los análisis practicados en esas circumstancias son confidenciales y no formarán parte de mi historia.

PROPORCIONAR INFORMACION: Autorizo al UNTHSC a proporcionar u obtener toda la información que se encuentra en mi historia financiera o médica, incluyendo diagnósticos y resultados de las pruebas, para y de (a) los profesionales que me tratan, (b) my compañia de seguros, plan de salud, su representante, sus agentes o contratistas independientes, (c) otra persona o entidad que sea responsable de pagar o procesar cualquier porción de mis gastos por los tratamientos médicos recibidos, (d) cualquier persona o entidad asociada con UNTHSC con propósitos administrativos, de cobranza, o de evaluación de calidad y manejo de riesgros; a hospitales, hogares de ancianos o de recuperación, a las agencias de tratamiento a domicilio o de otra institución de salud a la que yo sea transferido/a. Comprendo que este consentimiento se aplica a todos los datos creados en el transcurso de mi tratamiento y a los relacionados al mismo en el UNTHSC.

Yo acepto eximir al UNTHSC y a sus agentes, representantes y empleados, de toda responsabilidad asociada a la liberación de la información confidencial del paciente, de acuerdo con esta autorización. Entiendo que el UNTHSC no puede ser responsable por el uso o la divulgación de información realizada por terceras personas.

ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS: en consideración por los servicios recibidos, acepto pagar por los mismos. Acepto asignar al UNTHSC y a los profesionales que me proveen servicios o tratamiento, los beneficios de mi seguro o del plan de prepago por el cuidado de la salud u otros orígenes de reemboloso. Acepto que en el caso de que exista un balance que no sea cubierto o pagado por esta póliza o plan, será mi responsabilidad legal pagar por el mismo.

ESTE ES UN CONSENTIMIENTO LEGAL Y UN FORMULARIO DE ASIGNACION DE BENEFICIOS. POR FAVOR, LEALO CUIDADOSAMENTE Y ASEGURESE DE QUE SUS PREGUNTAS HAYAN SIDO CONTESTADAS ANTES DE FIRMARLO.

Una copia fotostática de este consentimiento también será válida y podrá ser usada de la misma manera que el original que lleva la firma.

Paciente o persona legalmente autorizada:_____ Fecha:_____

Nombre y relación con el pacienta:_____

Testigo/Traductor:_____