



Consentimiento Informado y Reconocimiento del Paciente

Nombre del paciente impreso: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Al firmar a continuación, por la presente autorizo a NuTech Inc. y a los miembros autorizados de su equipo de atención médica a administrar y/o dispensar el(los) siguiente(s) medicamento(s):

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a NuTech Inc. a proporcionar servicios/medicamentos según lo prescrito por mi prescriptor. Entiendo que el propósito de estos servicios/medicamentos es proporcionar tratamiento para mi enfermedad y entiendo mi plan de tratamiento general. Los medicamentos y las posibles reacciones adversas y eventos se han revisado conmigo. Entiendo que no todas las reacciones adversas discutidas ocurrirán. Confirmando que he sido informado y he participado en la planificación de mi atención y firmo este consentimiento de manera voluntaria y libre. Entiendo que este consentimiento es válido desde la fecha de inicio de la terapia inicial y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación a NuTech Inc. verbalmente o por escrito. En caso de que retire mi consentimiento, los servicios no se proporcionarán a partir de entonces.

Si debo recibir medicamentos intravenosos (a través de mi vena), reconozco que algunos de los medicamentos pueden causar daño a mis venas y tejidos circundantes y pueden causar cambios en su apariencia incluso cuando el medicamento se administra correctamente. Algunos medicamentos pueden causar somnolencia y fatiga y pueden afectar mi capacidad para conducir u operar equipos pesados. Soy consciente de que puedo contactar a mi médico en la oficina para cualquier pregunta que pueda tener.

Al firmar este formulario, indico que entiendo:

- La naturaleza de los medicamentos prescritos para tratar mi enfermedad y los métodos por los cuales se me administrarán.
- Las ventajas, desventajas y riesgos relativos asociados con tratamientos alternativos.
- Los riesgos y peligros potenciales involucrados en el tratamiento que mi médico ha elegido para mí según lo explicado.
- Tengo derecho a rechazar el tratamiento y el derecho a negarme a continuar el tratamiento una vez que haya comenzado.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO

Por la presente asigno y transfiero a NuTech Inc. todos y cada uno de los derechos para recibir el pago de beneficios del seguro. La asignación de beneficios incluye productos farmacéuticos, equipos médicos duraderos, suministros y servicios profesionales proporcionados por NuTech Inc. Esta asignación cubre



Consentimiento Informado y Reconocimiento del Paciente

todos los beneficios bajo Medicare, otros programas patrocinados por el estado/federales, seguros privados y cualquier otro plan de salud.

Entiendo que este documento es legalmente vinculante y no es simplemente una autorización para cobrar beneficios en mi nombre. También autorizo y dirijo a mi(s) aseguradora(s) a proporcionar a un agente de NuTech Inc. toda la información pertinente a mis beneficios del seguro y el estado de las reclamaciones presentadas por NuTech Inc. por los servicios prestados. Entiendo que los pagos pueden ser enviados por mi proveedor de seguros directamente a mí. Estoy de acuerdo en que cuando reciba dichos pagos, los enviaré prontamente a NuTech Inc. para el pago de mi factura. Puedo hacer el pago mediante cheque personal o endoso del pago del seguro escribiendo "Pagar a la orden de NuTech Inc." y mi firma. Entiendo que también soy responsable de copagos, deducibles y servicios no cubiertos por mi aseguradora.

PAGO DE SERVICIOS PRESTADOS

Entiendo que soy la parte responsable de todos los medicamentos y servicios profesionales prestados por NuTech Inc. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a NuTech Inc. sobre mi información de seguro, incluidos los cambios en mi cobertura de seguro.

Entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier medicamento y servicio prestado que no esté cubierto o sea rechazado por mi aseguradora por cualquier motivo declarado. NuTech Inc. proporcionará productos y/o servicios acordados en la coordinación del pedido al paciente indicado. Como cortesía, el costo estimado de cada tratamiento será comunicado por NuTech Inc. en el momento de la coordinación del pedido. Entiendo que la cantidad puede variar dependiendo del deducible y los gastos de bolsillo. Estoy de acuerdo en hacer arreglos de pago en el momento de la coordinación del pedido.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE FORMULARIOS Y AVISOS OBLIGATORIOS

Al firmar e inicializar a continuación, por la presente reconozco recibo de:

_____ Derechos y Responsabilidades del Paciente

(inicial)

_____ Aviso de Privacidad de HIPAA

(inicial)

_____ Información sobre Directivas Anticipadas

(inicial)

Estoy de acuerdo con los términos establecidos en este documento de Consentimiento Informado y Reconocimiento del Paciente de NuTech Inc.

Firma del paciente (o Representante): _____ **Fecha:** _____

Relación con el Paciente (si es Representante): _____

¿El paciente es menor de edad? Sí No