

# Formulario de consentimiento del paciente



Su médico ha prescrito el tratamiento de desobstrucción de vías respiratorias inCourage®, el cual es provisto por Respiratory Technologies, Inc. (bajo el nombre comercial de RespirTech). Si tiene preguntas relacionadas con este formulario de consentimiento o con los productos de RespirTech, comuníquese con nuestro Equipo de Atención al Cliente al **800-793-1261**.

## **Divulgación de información médica/Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)**

Autorizo que RespirTech (incluso sus afiliados, empleados, agentes y contratistas) solicite, acceda y reciba todos mis expedientes médicos de otros proveedores médicos, aseguradoras y demás personas en relación con mi tratamiento, la obtención de pagos por productos y servicios, y operaciones de cuidado de la salud (por ejemplo, información sobre el cumplimiento en el uso de productos). Autorizo a todas las personas (incluso a RespirTech) que tengan información médica o de otro tipo sobre mí, que divulguen la información a las aseguradoras médicas y programas de cuidado de la salud en relación con elegibilidad, reclamaciones, apelaciones y pagos por productos o servicios que RespirTech me haya provisto. Confirmando que el Aviso de Prácticas de Privacidad de RespirTech, localizado en el sitio web de la empresa en **www.respirtech.com**, explica con mayor detalle la manera en que RespirTech podrá utilizar y divulgar mi información médica, así como mis derechos y responsabilidades conforme a ciertas leyes de privacidad.

## **Responsabilidades financieras y del paciente**

Entiendo que mi aseguradora podrá optar por alquilar o comprar el inCourage Airway Clearance Therapy. Convengo en cooperar en el proceso de reembolso, el cual podría comprender que proporcione información sobre el uso del producto y asistir en cualquier proceso de apelación. Convengo en proporcionar esta información prontamente a RespirTech. Autorizo que RespirTech actúe en representación mía en el proceso de apelación y autorizo plenamente a RespirTech para que inicie el proceso de apelación de toda negación en representación mía. Entiendo también que, si por alguna razón quiero devolver el tratamiento y el dispositivo aún está cubierto activamente por un programa de alquiler, podré devolver el dispositivo sin obligaciones financieras adicionales. Entiendo que soy responsable de todo importe no cubierto por mis aseguradoras, incluso, entre otras cosas, los copagos, coaseguros y deducibles que correspondan. En caso de que sea necesario devolver los productos, convengo en responder o llamar al Equipo de Atención al Cliente de RespirTech al 800-793-1261.

## **Cesión de beneficios y pagos de seguros**

Autorizo que RespirTech presente, en mi representación, reclamaciones de seguros y otra información necesaria para facturar a mis aseguradoras por los productos y servicios provistos por RespirTech. Autorizo el pago de beneficios médicos de mis aseguradoras directamente a RespirTech por los productos y servicios que RespirTech me ha provisto. Convengo en endosar y remitir a RespirTech todos los pagos que me hagan las aseguradoras por los productos y servicios facturados en virtud de este acuerdo.

## **Descargo de privacidad y consentimiento del paciente**

RespirTech se comunica periódicamente con pacientes y con otras personas para informarles de programas, servicios e iniciativas que pudieran interesarles.

Si usted **NO** quiere que se comuniquen con usted para estos fines, marque aquí para excluirse voluntariamente de dicha comunicación .

Al firmar este formulario de consentimiento, convengo en todos los términos y condiciones indicados arriba. Certifico que he leído este formulario de consentimiento cuidadosamente antes de firmarlo y que entiendo por completo sus términos y condiciones. Se proveerá una copia de este formulario de consentimiento si se solicita.

Nombre, en letra de molde, del paciente o del representante autorizado del paciente y su relación con el mismo

Relación con el paciente

Firma del paciente o del representante autorizado del paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)

Dirección de correo electrónico del paciente o del representante autorizado del paciente

