

ACUERDO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO MEDICAL TREATMENT AGREEMENT (MTA)

El paciente o el representante legal del paciente aceptan los siguientes términos por recibir los servicios médicos de uno o más de los proveedores de Banner Health (los cuales para efectos de este acuerdo para recibir tratamiento médico incluyen a Banner Medical Group, Banner University Medical Group, Banner Research, y el Instituto Banner Alzheimer's) o uno o más de los centros de salud de Banner Health:

1. **Tratamiento médico:** El paciente consiente recibir el tratamiento, los servicios y procedimientos que pueden incluir pero no estar limitados a los procedimientos de laboratorio, estudios radiológicos, servicios de telemedicina, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, anestesia, exámenes neuropsicológicos, evaluaciones conductuales, tratamiento y terapia. El paciente reconoce que la atención virtual proporcionada por medio de los servicios de telemedicina puede implicar el riesgo de dificultades técnicas y el posible acceso no autorizado a información.
2. **Programa de enseñanza:** Banner Health brinda programas de entrenamiento para médicos y personal de salud. Algunos servicios para los pacientes pueden ser provistos por personas en entrenamiento bajo la supervisión e instrucción de los médicos u otros empleados de Banner Health. Estas personas en entrenamiento pueden también observar la atención que le dan al paciente los médicos y empleados de Banner Health.
3. **Contrabando:** Drogas, alcohol, armas y otros artículos establecidos por Banner Health como contrabando no pueden ingresar a las instalaciones de Banner Health. Cualquier sustancia ilegal será confiscada y entregada a las autoridades policíacas locales.
4. **Autorización para Fotografiar, Grabar en Video o Audio las Sesiones de Terapia:** Entiendo y acepto en que es posible que me tomen fotografías o videos con el objetivo de identificación, tratamiento, seguridad, educación o mejora de la calidad. También acepto que estas fotografías y grabaciones serán propiedad de Banner Health. No grabaré audio, video o tomare fotografías de otros pacientes y no grabaré audio, video o tomare fotografías del personal de Banner Health sin su autorización.
5. **Comunicación:** Llamen a este número _____

Pueden dejar mensaje No dejen mensaje No hablen con los miembros de mi familia.

Yo, autorizo a las siguientes personas a que pregunten y reciban información verbal sobre mi atención.

6. **Términos del acuerdo:** El paciente reconoce y acepta que los expedientes médicos o financieros (incluida la información conductual relacionada al tratamiento del abuso de alcohol y drogas y la información relacionada con el VIH y otras enfermedades contagiosas) puede ser divulgada a los siguientes.
7. **Expulsión por parte del proveedor o de Banner Health o de un proveedor de Banner Health:** Banner Health o un proveedor de Banner Health puede expulsar a un paciente por razones que incluyen pero no están limitadas a: faltas excesivas, no cumplir con el tratamiento recomendado, o por comportamiento inadecuado o negativo.

Divulgación de información: El paciente reconoce y acepta que los expedientes médicos o financieros (incluida la información conductual relacionada al tratamiento del abuso de alcohol y drogas y la información relacionada con el VIH y otras enfermedades contagiosas) puede ser divulgada a los siguientes:

- A. A los proveedores de atención médica que le proporcionan o le proporcionaron atención al paciente; a cualquier persona o entidad responsable de pagar los cargos del hospital o de otros proveedores; a los proveedores de servicios médicos u organizaciones que acrediten al hospital o que hagan una revisión de utilización, comprobación de calidad o revisión de pares; y al hospital y a los representantes legales del proveedor de servicios médicos, así como a las compañías de seguro profesional.
- B. A las personas y organizaciones involucradas en educación médica e investigación, siempre y cuando la información sea divulgada únicamente para su uso en estudios médicos e investigación sin información que identifique al paciente.
- C. A las personas y entidades como se especifique en las leyes estatales y federales o en la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Banner Health.
- D. Los expedientes de los pacientes de los servicios brindados en cualquier institución de Banner incluidos Banner Medical Group o los hospitales de Banner, Surgiceters, Hospicios (centros de cuidados paliativos), etc. pueden intercambiarse entre estas instituciones cuando sea necesario para brindar la atención adecuada al paciente.

RECONOCIMIENTOS

Initial

Acuso el recibo o recibí anteriormente y decliné recibir otra copia de: Si corresponde en el estado donde recibo la atención médica, acuso el recibo y que leí y entendí la información sobre el intercambio estatal o regional o de CommonWell, de información médica y de salud o que me dieron esta información anteriormente y que decliné recibir otra copia.

Recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad. Yo, soy el paciente, el padre del menor o el representante legal del paciente y estoy autorizado para actuar a nombre del paciente para firmar este acuerdo.

Paciente o Representante autorizado

Relación

Núm. de identificación del testigo

Fecha/hora

Firma del segundo testigo (sí fuera necesario)



MEDICAL TREATMENT AGREEMENT (MTA)

Patient or the patients' legal representative agree to the following terms of encounters with one or more: Providers of Banner Health (which for purposes of this MTA includes Banner Urgent Care, Banner Medical Group, Banner University Medical Group, Banner Research, and Banner Alzheimer's Institute) and/or in one or more Banner Health facilities:

- Medical Treatment:** The patient consents to the treatment, services and procedures which may include but are not limited to laboratory procedures, X-ray examinations, telemedicine services, medical and surgical treatments or procedures, anesthesia, neuropsychological testing, behavioral health evaluation, treatment and/or counseling. The patient acknowledges that virtual care provided through telemedicine services can involve risk of technical difficulties and potential unauthorized access to information.
- Teaching Program:** Banner Health provides training programs for Providers and health care personnel. Some patient services may be provided by persons in training under the supervision and instruction of Providers or other Banner Health employees. These persons in training may also observe care given to the patient by Providers and Banner Health employees.
- Contraband:** Drugs, alcohol, weapons and other articles specified as contraband by Banner Health may not be brought onto Banner Health premises. Any illegal substance will be confiscated and turned over to law enforcement authorities:
- Photographs/Videos/Taped Therapy Sessions:** I understand and agree that photographs and/or videos may be taken of me for identification, treatment, security, educational and/or quality improvement purposes. I further agree that all photographs and tapes will remain the property of Banner Health. I will not audiotape, videotape or take pictures of other patients and will not audiotape, videotape or take pictures of Banner Health staff without their permission.
- Communication:** Call this number _____

Okay to leave a message Do not leave a message Do not speak to family members.

I authorize the following individuals to inquire and receive verbal information regarding my care.

- Term of Agreement:** This agreement shall remain in effect as long as I am seeking services from Banner Health. I will be asked to sign a new agreement every year. This release shall continue for so long as the medical and/or financial records are needed for payment, treatment or healthcare operations.
- Dismissal from Provider or Banner Health and/or Banner Health Provider:** Banner Health and/or Banner Health Provider may dismiss a patient for reasons that include but are not limited to excessive no-shows, non-compliance with treatment recommendations, or disruptive or inappropriate behavior.

Release of Information: The patient acknowledges and agrees that medical and/or financial records (Including information regarding Behavioral Health alcohol or drug abuse, HIV related or to other communicable disease related information) may be provided to the following:

- Health care providers who are providing or have provided health care to the patient; health care providers, including doctors and other care providers, who are contacted for treatment purposes, including providers of post discharge services; any individual or entity responsible for payment of hospital's or other provider's charges; to health care providers or organizations accrediting the facility or conducting utilization review, quality assurance, or peer review; and to the hospital's and provider's legal representatives and professional liability carriers.
- Individuals and organizations engaged in medical education and research, provided that information may only be released for use in medical studies and research without patient identifying information.
- Individuals and entities as specified by federal and state law and/or in Banner Health's Notice of Privacy Practices.
- Patient records of services provided at any Banner facility including Banner Medical Groups or Banner Hospitals, Surgicenters, Hospices, etc. may be exchanged among these facilities to provide appropriate patient care.

ACKNOWLEDGMENT

^{Initial} If applicable in the state where I am receiving care, I acknowledge receipt, and have read and understood the information regarding the State/Regional Health Information Exchange/CommonWell or I previously received this information and decline another copy.

I have received the Notice of Privacy Practices. I am the patient, the parent of a minor child, or the legal representative of the patient and am authorized to act on the patient's behalf to sign this agreement.

Patient/Authorized Representative

Relationship

Witness ID Number

Date/Time

2nd Witness Signature (if needed)