

Formulario de Consentimiento del Paciente para el Manejo de Enfermedades Crónicas (CCM)

**Baytown Internal
Medicine Associates, PLLC**

Imran Siddiqui, MD
4308 Allenbrook Dr.
Baytown, TX 77521

Teléfono: (832) 422-4141 | Fax: (281) 422-5939

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____
N.º de Historia Clínica: _____

Propósito de los Servicios de CCM:

Los servicios de Manejo de Enfermedades Crónicas (CCM) están diseñados para ayudar a los pacientes con dos o más condiciones crónicas mediante la coordinación continua del cuidado fuera de las visitas regulares al consultorio. Estos servicios pueden incluir:

- Comunicación regular con su equipo de atención médica
- Manejo y revisión de medicamentos
- Coordinación con especialistas y otros proveedores
- Desarrollo y monitoreo de un plan de atención personalizado
- Acceso 24/7 al personal clínico para necesidades urgentes

Derechos y Responsabilidades del Paciente:

La participación en CCM es voluntaria. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento notificando a nuestra oficina por escrito.

Solo un proveedor puede ofrecer y facturar los servicios de CCM para usted durante un mes determinado.

- Los servicios de CCM pueden implicar compartir su información de salud con otros proveedores involucrados en su atención.
- Los copagos y deducibles estándar pueden aplicarse según su cobertura de seguro.

Declaración de Consentimiento:

Entiendo la naturaleza de los servicios de Manejo de Enfermedades Crónicas y acepto participar.

Reconozco que:

- Mi proveedor brindará servicios de CCM cada mes a menos que yo decida cancelarlos.
- Puedo suspender los servicios de CCM en cualquier momento notificando al consultorio.
- Autorizo el intercambio de mi información de salud con otros proveedores según sea necesario para la coordinación de mi atención.
- Entiendo que pueden aplicarse los costos compartidos estándar del seguro.

Firma del Paciente: _____
Fecha: _____
Proveedor/Testigo del Personal: _____
Fecha: _____