



## ACUERDO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO MEDICAL TREATMENT AGREEMENT (MTA)

El paciente o el representante legal del paciente aceptan los siguientes términos de las visitas a uno o más de los proveedores de Banner Health (los cuales para efectos de este acuerdo 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 Banner Health:

- 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.
- 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.
- 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.
- Sesiones de terapia fotografiadas o grabadas:** Entiendo y acepto que pueden tomarme una fotografía con el fin de identificarme o para otros objetivos de tratamiento. También acepto que las sesiones de terapia pueden ser grabadas (audio o videograbación) y que todas las fotografías y cintas serán propiedad de Banner Health. No grabaré audio o video o tomaré fotografías del personal de Banner Health sin su permiso.
- 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.

\_\_\_\_\_

- 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.

**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 los proveedores de servicios médicos o sus representantes, que le den o le hayan dado atención médica al paciente; a cualquier persona o entidad responsable de los pagos a Banner Health o a otros proveedores; a los proveedores de servicios médicos u organizaciones que acrediten a Banner Health o que lleven a cabo una revisión de utilización, de control de calidad, o una revisión de pares; y a los representantes legales de Banner Health y seguros de responsabilidad profesional.
- 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.
- 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.
- 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.

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 / Padre del menor de edad / Tutor legal designado por la corte /  
Representante legal del paciente / Apoderado legal  
(marque con un círculo el título apropiado)

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_





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 Medical Group, Banner University Medical Group, Banner Research, and Banner Alzheimer's Institute) and/or in one or more Banner Health facilities:

- 1. 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.
2. Teaching Program: Banner Health provides training programs for physicians and health care personnel. Some patient services may be provided by persons in training under the supervision and instruction of physicians or other Banner Health employees. These persons in training may also observe care given to the patient by physicians and Banner Health employees.
3. 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:
4. Photographs/Taped Sessions: I understand and agree that a photograph may be taken of me for identification purposes or for other treatment purposes. I further agree that therapy sessions may be taped (audio and/or videotaping) and that all photographs and tapes will remain the property of Banner Health. I will not audiotape, videotape or take pictures of Banner Health staff without their permission.
5. 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.

\_\_\_\_\_

- 6. 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.

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:

- A. Healthcare providers or their agents who are providing or have provided health care to the patient; any individual or entity responsible for payment of Banner Health's charges; to health care providers or organizations accrediting the facility or conducting utilization review, quality assurance, or peer review; and to Banner Health provider's or Banner Health's legal representatives and professional liability carriers.
B. 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.
C. Individuals and entities as specified by federal and state law and/or in Banner Health's Notice of Privacy Practices.
D. 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.

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 / Parent of Minor Child / Court-Appointed Guardian /  
Patient-Appointed Agent / Statutory Surrogate (Please circle the Correct Title)

Witness \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_