

CenterWell ACE

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA REALIZAR TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Gracias por elegir (Enter Facility Name) como la organización de proveedores para sus necesidades de cuidado de la salud. De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, tenemos la obligación de obtener su permiso o consentimiento para prestarle servicios o hacerlo en su nombre. Es importante que comprenda la información que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la información proporcionada, con gusto le ayudaremos. Las primeras cuatro casillas son obligatorias y las últimas dos son opcionales. Para inscribirse, coloque sus iniciales en o junto a cada bloque de texto *opcional* para acusar recibo de que comprende y acepta cada declaración. Si desea negarse, no coloque las iniciales.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, el abajo firmante, por el presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir cuidado y tratamiento médicos proporcionados a través de esta organización de proveedores, según lo indique mi proveedor de cuidado de la salud. Esto incluye mi consentimiento para todos los servicios médicos proporcionados de conformidad con las instrucciones generales o específicas de mi proveedor de cuidado de la salud, incluido el tratamiento de un profesional de enfermería practicante o asistente médico, y de otros proveedores de cuidado de la salud o designados bajo la dirección de un médico según considere razonable y necesario mi proveedor.

Sé que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y acuso recibo de que no se me han garantizado los exámenes o tratamientos que recibí o recibiré. Comprendo que tengo derecho a hablar sobre el plan de tratamiento con mi proveedor y analizar el propósito y los posibles riesgos y beneficios de cualquier prueba o procedimiento que mi proveedor indique o recomiende.

Comprendo que los estudiantes en el campo médico, bajo la supervisión adecuada, pueden observar o estar presentes durante la prestación de mi cuidado médico y que tengo derecho a negarme a dichos servicios proporcionados por los estudiantes en cualquier momento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por medio del presente, solicito expresamente que el pago de los beneficios médicos autorizados se ceda directamente a esta organización de proveedores para el cuidado y el/los tratamiento(s) médico(s) autorizados que se me proporcionen. Autorizo a esta organización de proveedores a divulgar cualquier información médica a mi proveedor de seguro de salud u otros pagadores externos que sea necesaria para cobrar pagos, procesar reclamaciones relacionadas con el seguro de salud o verificar los beneficios del plan, de conformidad con los estándares de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y las leyes de privacidad estatales aplicables. Autorizo que el pago del/de los servicio(s) que, de otro modo, sería(n) pagadero(s) a mí en virtud de los términos de mi plan privado, grupal, del empleador o del plan de seguro de salud grupal, se realice directamente a esta organización de proveedores. Autorizo expresamente que se considere a esta organización de proveedores como mi representante autorizada con respecto a todos los pagos o las reclamaciones en relación con el cuidado y los tratamientos médicos que se me proporcionen a través de esta organización de proveedores. Por el presente, autorizo que cualquier fotocopia de este formulario tenga la misma validez que el documento original. Si los beneficios médicos no se pueden ceder a esta organización de proveedores o si recibo pagos de mi proveedor de seguro o de cualquier otro pagador externo por los servicios prestados en mi nombre por parte de esta organización de proveedores, enviaré dichos pagos a esta organización de proveedores inmediatamente después recibirlos.

PAGO DE LOS SERVICIOS

Acepto efectuar el pago en el caso de que los servicios no estén cubiertos o de que los cargos cubiertos no se paguen en su totalidad, lo que incluye, entre otros, cualquier copago, coseguro y/o deducible, o los cargos que no estén cubiertos por mi proveedor de seguros u otro pagador externo. Acepto ser responsable de todos los honorarios razonables de abogados y los costos de cobro que surjan de mi falta de pago de cualquier cargo o cantidad por la cual sea financieramente responsable.

Acepto que, para que esta organización de proveedores y sus agentes de cobro presten servicios a mi cuenta o cobren cualquier cantidad que pueda adeudar, la organización de proveedores y sus agentes de cobranzas pueden comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono, incluido mi número de teléfono celular, que le haya proporcionado a la organización de proveedores, con respecto a los servicios proporcionados o a mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o tecnología de marcado automático, según corresponda. Si corresponde, es posible que mi compañía de telefonía celular aplique cargos y tarifas por el uso de datos.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Acuso recibo y acepto haber recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Comprendo que el Aviso de prácticas de privacidad puede actualizarse periódicamente y que se me proporcionará una copia del Aviso de prácticas de privacidad actualizado si lo solicito.

CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS (INCLUIDAS LLAMADAS A TELÉFONO CELULAR), CORREOS ELECTRÓNICOS, MENSAJES DE TEXTO (opcional)

Al colocar las iniciales a continuación, acusa recibo de que ha leído, comprendido y acepta lo siguiente:

Comprendo que, al proporcionar un número de teléfono o dirección de correo electrónico, le otorgo a esta organización de proveedores y a sus afiliadas, subsidiarias, matrices, agentes, proveedores y/o contratistas independientes permiso para que se comuniquen conmigo a ese correo electrónico o número (lo que incluye llamadas en vivo, artificiales, de marcado automático, de tecnología asistida por computadora, mensajes pregrabados y mensajes de texto, a menos que la ley aplicable lo prohíba). Es posible que se apliquen tarifas por envío de mensajes de texto y datos. Comprendo que este consentimiento permanecerá en vigencia a menos que yo elija seguir las instrucciones de exclusión, si corresponde, o si notifico por escrito a la organización de proveedores acerca de la revocación de mi consentimiento. Puedo cambiar estas preferencias en cualquier momento.

Además, comprendo que puedo recibir llamadas, mensajes por correo electrónico y mensajes de texto relacionados con los servicios, los temas o las actividades de facturación ("Otras comunicaciones") proporcionados por o en nombre de esta organización de proveedores y sus afiliadas, agentes y contratistas independientes. Por el presente, acepto y autorizo a esta organización de proveedores y sus afiliadas, agentes y contratistas independientes a comunicarse conmigo a través de llamadas telefónicas, mensajes de correo electrónico y mensajes de texto para fines mercadeo. Además, acuso recibo de que este medio de comunicación no se considera seguro para la transmisión de información privada.

Iniciales: _____

Servicios de telesalud (opcional)

Al colocar las iniciales a continuación, usted acusa recibo de que recibió una copia de la Hoja informativa de los servicios de telesalud y que leyó, comprendió y acepta lo siguiente:

Definición de telesalud

"Telesalud" es la práctica de proporcionar servicios de cuidado de la salud a través de tecnologías electrónicas y de telecomunicaciones que cumplen con la ley HIPAA, lo que incluye el software de videoconferencia y otros medios asistidos por tecnología. A los efectos de este Acuerdo y consentimiento del paciente, el término "telesalud" incluye cualquier servicio al que pueda denominar "telemedicina". También incluye servicios que se pueden denominar "telementales", "teleterapia" o "telepsicología" (servicios de cuidado de la salud mental o del comportamiento proporcionados por un especialista).

Beneficios y riesgos

Algunos de los beneficios incluyen una mejor comunicación (lo que permite comunicarse con su proveedor o especialista desde donde sea que usted esté, acceder más fácilmente al cuidado de la salud y evitar la necesidad de ir al consultorio de su proveedor o de coordinar los servicios de proveedores en el hogar, según corresponda. Algunos de los riesgos incluyen, entre otros, la pérdida de registros por fallas en los equipos electrónicos, fallas de energía con pérdida de comunicación e invasión de registros electrónicos por parte de usuarios externos (piratas informáticos). Además, es posible que a través de la telesalud no se detecten algunos signos y síntomas que se pueden detectar durante un examen presencial. Acusa recibo de los riesgos que conllevan los beneficios del uso de la telesalud y acepta eximir a la organización de proveedores de cualquiera de esos riesgos.

Privacidad y seguridad

Ninguna de las partes grabará las consultas de telesalud. La información divulgada durante estas consultas es confidencial y no se puede divulgar sin su autorización por escrito, salvo cuando la ley permita o exija dicha divulgación. Las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se aplican a la telesalud, a menos que se determine una excepción a la confidencialidad (es decir, una denuncia obligatoria de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; un peligro para sí mismo u otras personas; usted plantee su salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal; una consulta/coordinación del cuidado con otros proveedores a cargo de tratamiento). El software utilizado para las consultas de telesalud es seguro y está protegido.

Consentimiento de retiro

Usted puede retirar su consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar su derecho a recibir cuidados, servicios o beneficios del programa futuros a los que, de otro modo, tendría derecho. El consentimiento se debe retirar por escrito.

Iniciales: _____

Al firmar a continuación, usted indica que leyó y comprendió, y que acepta el consentimiento para el Tratamiento médico, la asignación de beneficios, el Pago de servicios, el Aviso de prácticas de privacidad y las autorizaciones antes descritas, y que cada consentimiento y autorización permanecerá en plena vigencia hasta que se revoquen por escrito.

Nombre en letra de imprenta del paciente/el padre/la madre/el representante personal

Firma del paciente/el padre/la madre/el representante personal*

Fecha

** Si firma como representante personal del paciente, indique su autoridad para representar a este paciente y proporcione la documentación correspondiente (poder legal, orden de tutela, sustituto para el cuidado de la salud, etc.):*

Acuerdo y consentimiento del paciente
Actualizado el 10/03/2023

Página 3 de 3