



Consentimiento para recibir servicios

Primer nombre del paciente _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Género [] Varón [] Hembra

Consentimiento para tratamiento: Mediante este documento, solicito y autorizo a Southwest District Health (SWDH), su personal, clínica médica familiar y proveedores, incluyendo a los médicos, otros profesionales, enfermeras y otro personal calificado, a realizar servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento según sea necesario, así como y otros servicios que los proveedores consideren necesarios, aconsejables o beneficiosos para diagnosticarme y tratarme eficazmente. Reconozco que nadie puede ofrecer ninguna garantía con respecto a los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

Divulgación de información: Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para fines de tratamiento, motivos de atención médica y para obtener pagos de mi compañía de seguros, Medicare, Medicaid, otros médicos o proveedores y cualquier otro tercer pagador. Entiendo que mi información de salud puede compartirse entre los programas de SWDH, incluyendo los dentales, médicos, epidemiológicos, de salud familiar, de salud conductual y de salud comunitaria.

Autorización para facturar al seguro y asignación de beneficios: Autorizo a SWDH, a facturar directamente a mi compañía de seguros y a cualquier tercer pagador con el que tenga beneficios para pagar directamente a SWDH. Autorizo a SWDH o a la compañía de seguros a usar y divulgar cualquier información de atención médica para obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. Los servicios proporcionados por empresas externas (es decir, laboratorio, patología) se facturan por separado.

Registro médico electrónico: Entiendo que SWDH es miembro del Intercambio de Datos de Salud de Idaho (IHDE), un intercambio seguro de información de salud basado en Internet para mejorar la coordinación de la calidad de la atención médica en Idaho. Entiendo que puedo "optar por no participar" del IHDE completando una Solicitud de Restricción de Divulgación de Información de Salud y enviándola directamente al IHDE por correo o fax o puedo comunicarme con el IHDE al (208) 803-0030.

Prescripción electrónica: Entiendo que la clínica y los consultorios médicos familiares de SWDH pueden utilizar un sistema de prescripción electrónica que permite que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mis proveedores de SWDH y mi farmacia. Me han informado y entiendo que los proveedores de SWDH que utilizan el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos los recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores de SWDH para que vean esta información de salud.

Consentimiento para servicios virtuales de salud/telemedicina: Por la presente doy mi consentimiento para participar en servicios virtuales de salud o telemedicina, cuando estén disponibles, como parte de mi tratamiento. Entiendo que "salud virtual" o "servicios de telemedicina" incluye la práctica de prestación de atención médica, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencias de datos médicos y educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos cuando el proveedor de atención médica y el paciente no están en el mismo lugar físico. Los sistemas electrónicos interactivos utilizados para estos servicios incorporarán protocolos de seguridad de internet y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación de pacientes y de imágenes e incluirán medidas para salvaguardar los datos para garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.



Registro de vacunación: Entiendo que SWDH participa en el registro de vacunación estatal de Idaho, el Sistema de Información de Recordatorio de Vacunación (IRIS). El registro es un sistema seguro basado en internet que cumple con las leyes federales de privacidad de la información médica. Por la presente doy permiso para que SWDH envíe o envíe por fax registros de vacunación infantil a las escuelas, previa solicitud. IRIS es un sistema voluntario. Si desea excluirse de este programa, comuníquese con el Programa de Inmunización de Idaho por teléfono al 1-208-334-5931 o por correo electrónico: IIP@dhw.idaho.gov.

Acuerdo financiero: Reconozco que, como cortesía, SWDH puede facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me brindó. Acepto pagar los servicios que no están cubiertos o los cargos cubiertos no pagados en su totalidad, incluidos, entre otros, cualquier copago, coseguro y/o deducible, o cargos no cubiertos por el seguro. Si no tengo seguro y califico para un programa de tarifas variables, mi copago por los servicios se realizará en el momento de mi visita. Si no realizo el pago completo o no cumpla con otros acuerdos de pago hechos con la aprobación de SWDH, entiendo que se pueden iniciar las medidas de cobro apropiadas y que soy financieramente responsable de todos los cargos, cargos por pagos atrasados, intereses, honorarios de abogados y cargos de cobro considerados como responsabilidad del paciente.

Aviso de prácticas de privacidad: Requerido de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de SWDH. Por la presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Consentimiento para la comunicación: Doy mi consentimiento y autorizo al personal y a los proveedores de SWDH a comunicarse conmigo a través de los métodos seleccionados a continuación para comunicar información que incluye citas, facturación, portal para pacientes, recetas, resultados de pruebas, instrucciones de atención de seguimiento, otra información de salud relevante y mercadeo: *(Marque todo lo que corresponda)*

Llamada por teléfono _____ Mensaje de voz _____

Mensaje por texto _____ Correo electrónico _____

NO DOY PERMISO para recibir comunicaciones

Opcional: Autorizo a la persona nombrada a continuación a recibir mi información médica o a llamar por mí si mi proveedor u otro miembro del personal no pueden comunicarse conmigo.

Nombre

Relación con el paciente

Número de teléfono

Reconocimiento:

Se me ha dado acceso y es posible que tenga una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de SWDH. Certifico que la información proporcionada aquí es verdadera, completa y precisa. Certifico que he leído y entiendo esta verificación de consentimiento informado para atención y tratamiento general y declaración de responsabilidad financiera. Notificaré de inmediato a SWDH sobre cambios en el seguro, los ingresos familiares o el tamaño, de mi familia. Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de este estado que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del paciente o padre/tutor legal

Fecha

Nombre escrito

Relación con el paciente