

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y ACTIVIDADES DE ASISTENCIA MÉDICA

El Centro de Salud de la Calle Dieciséis se dedica a proporcionar atención médica primaria, servicios de salud mental y servicios de apoyo esenciales con un enfoque multidisciplinario. Debido que problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, creemos que la mejor atención se da cuando los proveedores de salud trabajan juntos. SSCHC pacientes pueden ser referidos a otras especialidades de salud y servicios de apoyo en SSHCC; miembros del equipo multidisciplinario pueden compartir información clínica entre sí para proporcionar una atención óptima y coordinada.

Entiendo que si tengo 14 años de edad o más, puedo dar mi consentimiento para los servicios de salud mental: Si tengo 18 años de edad o más, puedo dar consentimiento para todos los servicios de salud. Al firmar esta sección del formulario, acepto que he leído y he recibido la explicación de este formulario, tengo entendimiento del contenido, y todas mis preguntas han sido contestadas.

Entiendo que si participo de los servicios de salud mental, mi diagnóstico, medicamentos, y el estado de atención, puede ser compartido como parte de mi expediente médico con mi doctor de cabecera como parte de SSCHC. Entiendo que ninguna otra información clínica será compartida sin mi consentimiento por escrito.

Entiendo que tengo el derecho de rechazar tratamiento en cualquier momento, explicación de los riesgos y beneficios del tratamiento es una parte prevista y necesaria del cuidado de mi salud.

Mi consentimiento es voluntario para recibir cuidado médico, cuidado de salud mental, coordinación de salud, procedimientos para diagnósticos y/u otros tratamientos ofrecidos por el personal apropiado de la Clínica Dieciséis cuando sea requerido, delegado o indicado por los Proveedores de cuidado médico de la Clínica Dieciséis.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha _____

Yo, Nombre del padre/tutor, como representante legal autorizado de (Nombre del paciente) doy el consentimiento voluntariamente para que el paciente indicado en la parte superior reciba cuidado médico, cuidado de salud del mental, procedimientos diagnósticos y tratamientos ofrecidos por el personal apropiado de la Clínica Dieciséis cuando sea requerido, delegado o indicado por los Proveedores de cuidado médico de la Clínica Dieciséis.

Firma del Paciente o Representante Personal / Relación

Fecha _____

He recibido aviso sobre las leyes y prácticas de privacidad de SSCHC y estas son públicas. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso SSCHC o leyes y prácticas de privacidad antes de firmar este documento. El aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgación de información protegida de mi salud que acontecerá en mis tratamientos, o pagos de mis cuentas, o la realización de operaciones de atención médica de SSCHC. El aviso de Prácticas de Privacidad para SSCHC también puede ser obtenida en la recepción principal de la clínica.

Mi "información de salud protegida" quiere decir mi información de salud, incluyendo información demográfica, creada y ofrecida de mi parte, recibida por mi médico u otro profesional de la salud, miembro del equipo de servicios sociales y educación para la salud, plan médico o mi empleador. Esta información privada física se refiere a mi salud física o mental o condición, del pasado, presente o el futuro que me pueda identificar que existe una base razonable para considerar que la información pueda identificarme.

Entiendo que toda información privada de salud puede ser revelada sin mi permiso sí: 1) Yo soy una amenaza para mí o para otros 2) Soy incapaz de protegerme de riesgo o daño 3) Estoy en la custodia de una agencia de gobierno o de las instalaciones gubernamental 4) Si hubiera evidencia de abuso de menores 5) Mi historial clínico fuera solicitado bajo orden de la corte judicial. 6) agencia de cobro con cuentas atrasadas. Doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi o (persona nombrada arriba en la información médica y de salud de mental por parte de la Clínica Dieciséis Centro de Salud Comunitario (SSCHC) u otros proveedores de salud con el fin de diagnosticar o proporcionar el tratamiento, y otros propósitos con el fin de obtener pagos de mis cuentas de atención médica o para realizar procedimientos de atención médica de SSCHC.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información privada de salud sea utilizada o revelada para llevar a cabo tratamientos, pagos, servicios sociales o de las operaciones de educación en la práctica de salud. SSCHC no está obligada a aceptar las restricciones que sean solicitadas. Sin embargo, puede estar de acuerdo SSCHC a una restricción que haya solicitado, la restricción no es obligatoria.

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que SSCHC ha tomado acción en respecto al consentimiento. Se me ha proporcionado información sobre la participación de SSCHC con intercambios de información de salud que apoya la distribución de información entre consultorios médicos, hospitales, laboratorios y otros. Esa información me enseña como "no participar".

Doy mi consentimiento para que SSCHC para confirmar citas y para informarme de seguimientos a través de mensaje de texto, email, o llamada telefónica a el numero que he dado. Sé que esto no es un requisito para recibir tratamiento y que puedo revocar este permiso en cualquier momento.

Entiendo que información médica no se dará en los mensajes y los resultados no pueden ser discutidos por teléfono debido a la dificultad de confirmar la identidad. Yo sé que mi PIN privado permite el acceso a mi carta a través de My Health Connect y que yo soy responsable de proteger el PIN

Yo entiendo que soy responsable por todas las cuentas, deducibles y los co-pagos que no sean cubiertos por mi seguro médico.

Entiendo que pudiera enfrentar el despido de la atención médica si falto más de 5 citas en 12 meses, sin aviso previo o excusa razonable.

Firma del Paciente o Representante Personal / Relación

Fecha

Firma de un Testigo

Fecha