



Formulario de consentimiento para tratamiento, intercambio de información de salud y privacidad

Nº de cuenta: __ Nombre del paciente: __ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Doy mi consentimiento para que Affinia Healthcare utilice y divulgue mi información médica protegida con el fin de llevar a cabo el tratamiento médico, el pago y las operaciones de atención médica. Autorizo a Affinia Healthcare a proporcionar todo tratamiento médico, dental, conductual y/o quirúrgico: Yo entiendo que mi proveedor está disponible para explicar el propósito de los procedimientos y el tratamiento, y que tengo el derecho de rechazar el tratamiento recomendado.

PAGO:

Solicito que el pago de las compañías de seguros autorizadas se realice en mi nombre a Affinia Healthcare por cualquier servicio que se me preste. Entiendo que no hay ninguna garantía de reembolso o pago por parte de ninguna compañía de seguros o tercero pagador. Acepto la responsabilidad financiera de todos los cargos por la atención médica proporcionada que no esté cubierta por el seguro o un tercero pagador.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:

Entiendo que Affinia Healthcare puede utilizar o divulgar, según sea necesario, mi información de salud protegida en orden de apoyar las actividades comerciales de su consultorio. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de los empleados, formación de estudiantes de medicina e investigación.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

Entiendo y acepto que mi información de salud puede ser almacenada o intercambiada a través de uno o más intercambios electrónicos de información de salud a través de los cuales los profesionales y centros de salud y otras personas implicadas en mi atención pueden ver y obtener mi información. También comprendo y acepto que una vez que mi información de salud se intercambie de esa manera, podrá añadirse a los registros médicos de otros proveedores de tratamiento y podrá agregarse a la

información de salud de otros y utilizarse o divulgarse para realizar análisis de datos, o para cualquier otro fin lícito.

Entiendo que este Consentimiento para HIE (Intercambio de Información de Salud) se aplica a la información generada antes de la fecha de este Consentimiento para HIE y durante cualquier visita posterior mientras este Consentimiento esté en vigor. Este Consentimiento para HIE es efectivo en la fecha de mi firma (o la firma de mi representante autorizado) a continuación. El Consentimiento para la Divulgación de Información Sensible expira con respecto a la información sobre los servicios de salud mental y de discapacidades del desarrollo [25] años después de la fecha de la firma en este Consentimiento para HIE. Puedo revocar este Consentimiento para HIE por escrito, en cualquier momento; siempre y cuando dicha revocación no se aplique a ningún uso o intercambio de mi información médica que haya ocurrido antes de la fecha en que se recibió la revocación por escrito.

Reconocimiento del aviso de prácticas de privacidad

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Este Aviso describe cómo se puede utilizar o divulgar mi información médica. Entiendo que debo leerlo detenidamente. Dentro de este Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra una descripción completa de mis derechos de privacidad/confidencialidad. Soy consciente de que el Aviso puede ser modificado en cualquier momento. Se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso y hacer preguntas sobre mis derechos de privacidad. Entiendo que por ley, Affinia Healthcare puede utilizar o divulgar información específica sin autorización. Esas razones específicas se enumeran en el Aviso. Yo además entiendo que mi información médica está protegida por la HIPAA en cuanto a privacidad y confidencialidad y no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito; excepto en la instancia indicada anteriormente y para fines de continuidad de la atención. Al firmar este formulario, autorizo a Affinia Healthcare a utilizar y divulgar mi información médica protegida según lo detallado anteriormente. Sin embargo, puedo dar notificación para restringir el uso de dicha información y revocar mi consentimiento por escrito.

Directiva anticipada

Un documento de directivas anticipadas determina mis servicios de salud cuando yo no pueda hacerlo. Si proporciono una directiva anticipada, Affinia Healthcare colocará el documento en mi historial médico y lo transmitirá a un hospital o centro de atención a largo plazo cuando sea necesario. Affinia tiene el derecho de respetar o limitar el cumplimiento de mis directivas anticipadas.

Yo tengo una directiva anticipada SÍ NO N/A (menor de 18 años)

Firma del paciente Fecha

Firma de los padres o del representante del paciente (si es aplicable) Fecha (Rev 12/16)

Estimado paciente de Affinia Healthcare,

Affinia Healthcare se esfuerza y se compromete a proporcionar una atención de salud de alta calidad y un servicio excepcional, al tiempo que promueve estilos de vida saludables; consideramos necesario actualizar nuestras políticas actuales de vez en cuando. Esto asegurará que usted, el paciente, no solo reciba la atención a la que tiene derecho, sino que la atención sea proporcionada de manera oportuna y eficiente. Es por esta razón que el 2 de enero de 2018 modificaremos el contenido en nuestra "Política de no-show (no presentación)".

Un "no-show" es definido como un paciente que no se presentó a una cita programada; canceló su cita con menos de 24 horas de antelación, llegó a su cita pero no tenía la documentación adecuada y/o el pago por lo que no se pudieron realizar los servicios; o llegó tarde a su cita y según la política de retraso no fue atendido. Las citas incluidas en esta política son las citas médicas, dentales, de optometría, podología, audiología, quiropráctica y de grupo.

Las cancelaciones o reprogramaciones de citas deben hacerse al menos 24 horas antes de su cita programada. Si falta a 3 citas en 12 meses no podrá programar la cita anterior durante 6 meses. Durante estos 6 meses puede utilizar Affinia Urgent Care y nuestras citas de atención médica primaria en el mismo día, y sin cita previa en cada centro. Las citas sin cita previa son "según estén" disponibles y tienen las tarifas habituales.

Esperamos que esta política anime a los pacientes a cancelar sus citas con no menos de 24 horas de antelación. Esto ayudará a gestionar nuestras agendas y a garantizar que todos los pacientes tengan acceso a la atención cuando la necesiten.

El empleado de registro le pedirá que firme a continuación que reconoce y ha recibido la "Política de no presentación" de Affinia Healthcare. Gracias por su paciencia mientras nos esforzamos por hacer de Affinia HealthCare su proveedor de elección para sus necesidades de salud.

TENGA EN CUENTA: El servicio de atención urgente en LEMP (Soulard Benton) sigue abierto para todos los pacientes independientemente del "estado de no presentación" y se aplicarán las tarifas habituales de atención urgente. Los servicios de atención urgente pueden ser contactados llamando al 314-898-1782.

Mi firma indica que he recibido una copia de la actual "POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN" y entiendo el contenido de la misma.

Nombre en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha

Revisado: 01/02/2018