



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.

CONSENTIMIENTO PARA LA TELESALUD Y EL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS:

La telesalud y los medios de comunicación electrónicos pueden formar parte de la atención en Affinia Healthcare. Doy mi consentimiento para participar en la telesalud con Affinia Healthcare como parte de mi tratamiento. Entiendo que la telesalud es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por la tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional de la salud empleado o contratado por Affinia Healthcare o afiliado a ella, y puede incluir la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento de la condición médica o de salud de un paciente utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones.

Entiendo que los Servicios de Telesalud pueden incluir audio interactivo, video u otros medios electrónicos y que existen tanto riesgos como beneficios al ser tratado a través de la Telesalud. Además, entiendo que los Servicios de Telesalud pueden ser limitados o no estar disponibles debido a fallos tecnológicos o del equipo, datos incompletos o inexactos para realizar los Servicios de Telesalud, o distorsiones de imágenes u otra información de las transmisiones electrónicas. Los proveedores de atención médica cubiertos no estarán sujetos a sanciones por violaciones de las normas de privacidad, seguridad y notificación de infracciones de la HIPAA que se produzcan en la prestación de buena fe de telesalud durante la emergencia de salud pública nacional de COVID-19. Tengo derecho a rechazar los servicios de telesalud.

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 del consultorio. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a las actividades de evaluación de la calidad, la documentación de los escribanos, las actividades de revisión de los empleados, la formación de los profesionales de la salud y la investigación. Tengo derecho a rechazar a un alumno en mi consultorio sin que ello tenga consecuencias negativas para mi atención.

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. Si no respondo, mi información será compartida.

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.

| | |
|--|-------|
| Firma del paciente | Fecha |
| <hr/> | |
| Firma de los padres o del representante del paciente (si es aplicable) | Fecha |
| <hr/> | |