

## CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Gracias por elegir (Nombre de la clínica aquí) como la organización de proveedores para sus necesidades de cuidado de la salud. Conforme a las leyes estatales y federales aplicables, debemos obtener su permiso o autorización para prestarle servicios a usted y en su nombre. Es importante que entienda la información que figura a continuación. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la información proporcionada, con gusto le ayudaremos. Coloque sus iniciales en cada recuadro para reconocer que comprende y acepta cada afirmación. Si quiere rechazar cualquiera de las disposiciones en particular, ingrese la palabra "Rechazado" junto a sus iniciales para que podamos abordar sus inquietudes en relación con esto o, de ser posible, complete cualquier formulario requerido para formalizar su rechazo.

### CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

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

Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de los tratamientos o exámenes que recibí o recibiré. Entiendo que tengo derecho a analizar mi plan de tratamiento con el médico y a analizar el propósito y los posibles riesgos y beneficios de cualquier prueba o procedimiento que solicite el médico.

Entiendo que los estudiantes de medicina, bajo la supervisión adecuada, pueden observar o ayudar a prestar cuidado médico, y que tengo derecho a rechazar dichos servicios prestados por los estudiantes en cualquier momento.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de los beneficios médicos autorizados se realice en mi nombre directamente a esta organización de proveedores por el cuidado médico y los tratamientos que se me proporcionan. Autorizo a esta organización de proveedores a divulgar cualquier información médica a mi compañía de seguro de salud o a otros pagadores externos que sea necesaria para cobrar pagos, procesar reclamaciones de seguro de la salud relacionadas o verificar los beneficios del plan de acuerdo con las normas 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 el pago de los servicios que de otro modo se me pagarían en virtud de los términos de mi plan privado, grupal, del plan de mi empleador o del plan de seguro de salud grupal directamente a esta organización de proveedores. Por el presente, autorizo que las fotocopias de este formulario sean válidas como el original. Si no es posible asignar los beneficios médicos a esta organización de proveedores o si recibo pagos de mi proveedor de seguros o de cualquier otro pagador externo por los servicios prestados por esta organización de proveedores en mi nombre, enviaré dichos pagos a esta organización de proveedores inmediatamente después de recibirlos.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PACIENTE****Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_**PAGO DE LOS SERVICIOS**

Acepto pagar los servicios que no estén cubiertos o los cargos cubiertos que no se paguen en su totalidad, incluidos, entre otros, cualquier copago, coseguro o deducible, o los cargos que no estén cubiertos por mi proveedor de seguros u otro pagador externo. Asumo la responsabilidad de todos los costos de cobranza y honorarios de abogados razonables que se originen de mi falta de pago de los honorarios o las cantidades de los cuales soy financieramente responsable.

Acepto que, para que esta organización de proveedores y sus agentes de cobranza presten servicio a mi cuenta o cobren cualquier cantidad que pueda adeudar, la organización de proveedores y sus agentes de cobranza pueden comunicarse conmigo por teléfono a cualquier número de teléfono, incluido mi número de teléfono celular, que haya proporcionado a la organización de proveedores, o a cualquier número de teléfono que sus agentes de cobranza hayan obtenido, o bien a cualquier número de teléfono reenviado o transferido desde dichos números de teléfono, con respecto a los servicios prestados o a las obligaciones financieras relacionadas. Los medios de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados o artificiales, o el uso de un dispositivo de discado automático, según corresponda. En caso de que corresponda, la compañía de telefonía celular puede aplicar cargos y tarifas por el uso de datos.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que mi información de salud protegida puede usarse y divulgarse sin mi autorización con fines relacionados con tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Acepto y acuso recibo de la 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 actualizada de este documento cuando así lo solicite.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Entiendo que, a menos que haya solicitado restricciones por escrito, el tipo de información que esta organización de proveedores puede divulgar a terceros incluye determinados expedientes médicos confidenciales, incluidos, entre otros, registros relacionados con el tratamiento psicológico, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), discapacidades del desarrollo, alcoholismo o drogadicción durante cualquier período de cuidado y tratamiento. Tiene a su disposición un formulario para solicitar una restricción de este tipo de información en esta ubicación.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_**CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS EXTERNO**

Comprendo que, a los fines del cuidado médico y del tratamiento, puede ser necesario que esta organización de proveedores y sus proveedores de cuidado de la salud obtengan información con respecto a los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente o que he tomado en el pasado. Por la presente autorizo a esta organización de proveedores y a los proveedores de cuidado de la salud a obtener y revisar mi historial de medicamentos recetados externo por parte de mis proveedores de cuidado médico, farmacias y agencias de farmacovigilancia actuales y anteriores. Comprendo que no se me negará cuidado médico o tratamiento si me niego a autorizar a esta organización de proveedores y a sus proveedores de cuidado de la salud el acceso a mi historial de medicamentos recetados externo, excepto cuando las consultas sobre el acceso o el historial de medicamentos recetados sean requeridas por la ley aplicable.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PACIENTE****Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_**TELEMEDICINA Y TELESALUD**

Comprendo que la telemedicina o telesalud implica el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten que un médico con licencia del estado donde se encuentra mi clínica, o un profesional de cuidado de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión de un médico con licencia del estado donde se encuentra mi clínica, preste servicios de cuidado de la salud a los pacientes cuando se encuentran en distintos lugares. Dichos servicios de cuidado de la salud pueden incluir, entre otros, la evaluación, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento y el monitoreo de un paciente en otro lugar, y la transferencia de datos médicos, cada uno de estos según lo permita la ley aplicable. Toda transmisión electrónica de datos estará restringida a los destinatarios autorizados de conformidad con la HIPAA y las leyes de privacidad estatales aplicables.

Entiendo que el uso de los servicios de telemedicina o telesalud conlleva riesgos y beneficios. Entre los beneficios, se incluye acceder de manera más sencilla al cuidado médico y evitar la necesidad de desplazarse a la ubicación del proveedor de cuidado de la salud. Algunos de los riesgos asociados con el uso de servicios de telemedicina o telesalud son, entre otros, la pérdida de registros por una falla de los equipos electrónicos, la falla del suministro eléctrico con pérdida de comunicación y la invasión de registros electrónicos por parte de terceros (hackers). Además, es posible que los signos y síntomas que pueden detectarse durante un examen físico en persona no se detecten a través de la telemedicina. Comprendo que tengo la opción de ver al proveedor de cuidado de la salud en persona en lugar de usar los servicios de telemedicina o telesalud. Reconozco los riesgos y beneficios de usar los servicios de telemedicina y telesalud y, por el presente, otorgo mi consentimiento para el uso de telemedicina o telesalud para realizar tratamientos y servicios médicos. Comprendo que tengo derecho a negarme a participar en una visita de telemedicina o en los servicios de telesalud, y que esta negativa se documentará en mi expediente médico. También comprendo que mi negativa no afectará el derecho a recibir cuidado médico o tratamiento futuros por parte de la organización de proveedores.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_**CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS (INCLUIDAS LLAMADAS A TELÉFONOS CELULARES), CORREOS ELECTRÓNICOS, MENSAJES DE TEXTO**

Comprendo que, al proporcionar un número de teléfono o una dirección de correo electrónico, autorizo a esta organización de proveedores y a sus agentes a comunicarse conmigo (lo que incluye llamadas de discado automático, mensajes pregrabados y mensajes de texto) con respecto a recordatorios de citas y de salud general. Entiendo que este consentimiento para recibir correos electrónicos o mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios, comentarios o información de salud de citas en el futuro, a menos que solicite un cambio por escrito. También reconozco que este medio de comunicación no se considera seguro para la transmisión de información privada. En caso de que corresponda, la compañía de telefonía celular puede aplicar cargos y tarifas por el uso de datos.

También comprendo que puedo recibir llamadas, correos electrónicos y mensajes de texto relacionados con servicios, asuntos o actividades de facturación ("Otras comunicaciones") proporcionados por esta organización de proveedores y sus filiales, agentes y contratistas independientes, o en su nombre. Por el presente, acepto y autorizo a esta organización de proveedores y a sus filiales, agentes y contratistas independientes a comunicarse conmigo por teléfono, correo electrónico y mensajes de texto con fines de comercialización. En caso de que corresponda, la compañía de telefonía celular puede aplicar cargos y tarifas por el uso de datos. Además, comprendo que puedo, en cualquier momento, optar por no recibir Otras comunicaciones siguiendo las instrucciones detalladas para tal fin junto a la sección "Otras Comunicaciones" o revocando completamente la autorización para enviarme Otras comunicaciones mediante una notificación por escrito a la organización de proveedores. También reconozco que este medio de comunicación no se considera seguro para la transmisión de información privada.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO GENERAL DEL PACIENTE**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN DEL CUIDADO POR PARTE DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS**

Acepto permitir que esta organización de proveedores coordine mi cuidado con organizaciones comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés) que proporcionan servicios sociales en toda la comunidad, los cuales pueden contribuir a satisfacer mis necesidades de cuidado de la salud. Comprendo que hay casos en los que es posible que necesite estos servicios sociales como parte de mi tratamiento y cuidado. Tengo derecho a rechazar la coordinación de los servicios sociales en cualquier momento.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

Entiendo que tengo derecho a preparar instrucciones anticipadas (herramientas de toma de decisiones médicas que pueden ayudarme a comunicar mis deseos con respecto al cuidado médico y tratamiento si no puedo comunicarme con mis proveedores de cuidado de la salud o familiares). Comprendo que puedo proporcionar a esta organización de proveedores una copia de las instrucciones anticipadas debidamente completadas y firmadas.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, usted indica que acepta proporcionar los consentimientos y autorizaciones descritos anteriormente, y que cada consentimiento y autorización tendrá plena vigencia hasta que se revoque por escrito.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o tutor legal en letra de imprenta\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si firma el tutor legal

