

## **Formulario de consentimiento para tratamiento/facturación y de información de privacidad**

Gracias por elegir a Southside Community Health Services. Revise el formulario a continuación para que podamos brindarle la mejor atención posible, facturar correctamente y compartir su información de manera segura.

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Mediante la firma de este formulario, doy mi consentimiento y autorizo a mi(s) proveedor(es) de Southside Community Health Services (SCHS) para que me/le den tratamiento a mí o a mi dependiente. Entiendo que esto podría incluir pruebas de laboratorio, radiografías, vacunas, prescripción y/o administración de medicamentos, educación, otras pruebas de diagnóstico o intervenciones de salud mental. Entiendo que mi proveedor está disponible para explicar el tratamiento y que tengo derecho a rechazar el tratamiento. Entiendo que este consentimiento será válido y se mantendrá vigente durante todo el tiempo que asista a cualquiera de las clínicas de SCHS.

### **CONSENTIMIENTO PARA USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Por la presente autorizo a SCHS a revelar cualquier información obtenida durante mi examinación y tratamiento a cualquier agente autorizado con fines de atención médica, tratamiento y pago. Autorizo la revelación de mi información médica, dental y/o de salud mental a mis compañías de seguro según sea necesario para la determinación y el pago de beneficios; a la unidad de revisión de utilización y a las organizaciones de revisión de estándares profesionales, empresas y recursos comunitarios que me ayudan con mis necesidades de atención médica.

### **NOTIFICACION DE PRIVACIDAD**

SCHS cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA). He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de SCHS y la Declaración de derechos de los pacientes de Minnesota.

### **CONSENTIMIENTO PARA FACTURACIÓN, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y PAGO**

Autorizo a SCHS a presentar una reclamación ante mi compañía de seguros por los servicios prestados. Autorizo a SCHS para el pago de beneficios directamente a SCHS, por los servicios prestados a mi dependiente o a mí. Entiendo que soy responsable de cualquier parte de los cobros que no estén cubiertos o no sean pagados por mi seguro y que me facturarán directamente por esos servicios.

\*\* Si no tiene seguro, tenga en consideración que su cuenta es su responsabilidad. A ningún paciente se le negarán los servicios debido a su incapacidad de pagar. Se ofrecen descuentos por servicios esenciales en función de los ingresos y el tamaño del grupo familiar, en comparación con las pautas federales vigentes de niveles de pobreza. Si requiere más detalles, por favor consulte. El padre o tutor legal de un paciente menor de edad (menor de 18 años) es responsable del pago de la cuenta del menor. \*\*

### **RECONOCIMIENTO DE PROPIEDAD PERSONAL**

Entiendo que SCHS no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal.

### **INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

SCHS respalda, apoya y participa en el Intercambio Electrónico de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) como un medio para mejorar la calidad de su salud y de su experiencia en el cuidado de la salud. El HIE nos proporciona una forma de compartir electrónicamente de manera segura y eficiente la información clínica de los pacientes con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red HIE. El uso de HIE ayuda a sus proveedores de atención médica a compartir

información de manera más efectiva y a brindarle una mejor atención. El HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que participan en la red HIE, incluidos, entre otros, EPIC CARE EVERYWHERE y quienes lo están tratando, tengan acceso inmediato a su información médica personal que puede ser crítica para su atención. Poner su información médica a disposición de sus proveedores de atención médica a través del HIE también puede ayudarle a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Actualmente, solo nuestras clínicas médica, de salud mental y de la vista pueden compartir los datos reales de los registros médicos de los pacientes a través de HIE.

SCHS respalda, apoya y participa en la Conexión de información de vacunación de Minnesota (MIIC, por sus siglas en inglés). MIIC es un sistema de información de vacunación en todo el estado que almacena registros electrónicos de vacunación. MIIC combina en un solo registro todas las vacunas que una persona ha recibido, incluso si estas fueron administradas por diferentes proveedores de atención médica en el estado. Siempre tiene la opción de limitar el acceso u optar por no tener su registro de vacunación o el de su hijo en MIIC. Si decide limitar su participación o la de su hijo en MIIC, puede hacerlo en cualquier momento. Puede obtener información adicional sobre la limitación voluntaria de su participación en MIIC llamando al servicio de asistencia técnica de MIIC del Departamento de Salud al 651-201-5207 o en línea en <http://www.health.state.mn.us/divs/idepc/immunize/registry/dataprivacy.html>.

#### **BENEFICIOS/RIESGOS DEL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

Los beneficios potenciales incluyen una mejor relación, soluciones a problemas específicos, una mejor comprensión de sí mismo y alivio de emociones desagradables. Puede haber algunos riesgos que incluyen, entre otros, abordar experiencias emocionales dolorosas, el desafío o la confrontación de un problema en particular o la incomodidad debido a los costos de los servicios.

#### **CRISIS/EMERGENCIA DE SALUD MENTAL**

Si tiene una crisis de salud mental o necesita hablar con alguien, llame a la línea de prevención del suicidio al 800-273-TALK (8255) en cualquier momento, o bien llame al 911 o diríjase al departamento de urgencias del hospital más cercano; ellos están allí para ayudarle.

#### **LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD**

Se nos permite o exige, bajo circunstancias específicas, usar o revelar información médica protegida sin su autorización por escrito: impulsos suicidas (que sean un peligro para usted), impulsos homicidas (que sean un peligro para otros), orden/citación judicial, abuso/negligencia de menores y abuso/negligencia de adultos mayores o vulnerables.

#### **CONSULTAS TELEHEALTH**

1. El Proveedor de salud o especialista al que estoy consultando estará en una locación diferente a la mía. Yo estaré en conexión con la visita virtual desde casa.
2. Se me informara de antemano si habrá más personal presente en la consulta aparte de mí, individuos que me acompañaran a mí, y el especialista o proveedor de la clínica. Yo daré mi permiso de forma verbal antes de que el personal adicional entre a la consulta.
3. El proveedor de salud mantendrá un registro de la consulta en mi expediente médico.
4. Divulgación de Información: (SCHS) y/o proveedores de salud que provean sus servicios profesionales al paciente están autorizados para divulgar información medica de mi expediente al doctor que se me ha referido, si alguno, y a cualquier compañía de seguro médico o tercer persona a pagar con el propósito de obtener pago de la cuenta. (SCHS) está autorizado a divulgar información de mi expediente médico cualquier otra entidad de cuidados de salud o proveedor de salud al cual se haya transferido mis cuidados médicos.

5. Yo voluntariamente doy consentimiento a los servicios que me provee mi doctor(es) o a quien el designe, lo que puede incluir exámenes de diagnóstico, medicamentos, y exámenes.
6. Entiendo que tengo la opción de revocar el servicio de Telehealth en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a cuidados o tratamientos a futuro y sin el riesgo de perder mis beneficios. No es necesario que conteste cualquier pregunta que yo considere inapropiada o que no esté dispuesto(a) a que otras personas escuchen.
7. Entiendo que si decido no participar en la sesión de telemedicina, no se tomara acción en mi contra que cause retraso en mis cuidados de salud y que aun pueda conseguir mediante una consulta cara a cara.
8. Entiendo que al igual que con cualquier tecnología, telemedicina tiene sus limitaciones. Por lo tanto, no hay garantía de que la sesión de telemedicina elimine la necesidad de que yo sea atendido por un especialista en persona.

Entiendo que puedo revocar por escrito este consentimiento; sin embargo, mi revocación no se aplicará a la información ya utilizada o revelada en virtud de este consentimiento. Acepto que se use una copia de este consentimiento en lugar del original. También entiendo que al negarme a firmar o al revocar este consentimiento, es posible que esta organización no pueda brindarme servicios.

*Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto el contenido de este formulario.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Paciente o Representante del paciente (nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_

**Si no es el paciente:** Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Lugar de la Clínica \_\_\_\_\_