



Formulario de consentimiento general

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

En un esfuerzo por ayudarnos a recopilar información sobre sus cuidados y para proporcionarle una explicación de nuestra solicitud, lea detenidamente cada sección a continuación. Es importante que entienda la información proporcionada. Si tiene alguna pregunta, no dude en solicitar nuestra ayuda. Si no está de acuerdo con alguna sección a continuación, tache la sección y coloque sus iniciales y la fecha junto a la sección.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO: Acepto permitir que este proveedor lleve a cabo procedimientos para diagnosticar una inquietud médica, proporcionar cuidados médicos y proveer un tratamiento y/o tratamiento de emergencia ordenado por mi proveedor que sea necesario. Entiendo que el(los) proveedor(es) que me atiende(n) dirige(n) mis cuidados y tiene(n) la responsabilidad de informarme sobre el tipo de cuidado y tratamiento que recibiré. No se me ha hecho promesa alguna en cuanto a los resultados de los exámenes o tratamientos que me hayan proporcionado. Entiendo que los estudiantes y asistentes clínicos del área médica pueden observar o ayudar con mis cuidados, bajo la supervisión apropiada. Sin embargo, tengo derecho a rehusar tal tratamiento en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO PARA LA COORDINACIÓN DE CUIDADOS POR ORGANIZACIONES COMUNITARIAS:

Acepto permitir a esta organización de proveedores que coordine mis cuidados con Organizaciones comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés), que proveen servicios a la comunidad que pudieran satisfacer mis necesidades de cuidado de la salud. Entiendo que hay casos cuando yo pudiera necesitar de estos servicios sociales como parte de mi tratamiento y mis cuidados. Tengo derecho a rechazar la coordinación de servicios sociales en cualquier momento.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Asigno y autorizo el pago directo a esta organización de proveedores, y a otros proveedores, que me proporcionen servicios, o cualquier beneficio, incluyendo cualquier y todos los beneficios médicos principales y otros beneficios del seguro, que de otra forma serían pagaderos por mí a terceros. Autorizo a la clínica a contactar y comunicarse en mi nombre con tales terceros y a notificarles de esta asignación.

PAGO DE SERVICIOS:

Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier deducible, coseguro o cargos por parte del seguro como se indica en mi cobertura o criterio del plan, o si yo recibo el pago y la clínica no recibe el pago. En caso de recibir directamente algún beneficio, inmediatamente pagaré esos beneficios a la clínica. En caso de no pagar, acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de abogados en los que se pueda incurrir.



Formulario de consentimiento general

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

SUPERVISIÓN DE EXPEDIENTES DE CUIDADO DE LA SALUD:

Entiendo que si necesito revisar u obtener una copia de mis expedientes de cuidado de la salud, puedo completar un formulario de solicitud de acceso disponible en esta ubicación. Este formulario me permitirá, o a una persona que yo autorice, a obtener mis expedientes de cuidado de la salud.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:

Entiendo que mi información de salud personal puede ser utilizada y divulgada para permitir el tratamiento, pago y operaciones como se describe en la Notificación de prácticas de privacidad que he recibido.

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS EXTERNO:

Entiendo y autorizo a esta organización de proveedores que obtenga el historial de medicamentos externo de cualquier farmacia o agencia de monitoreo de medicamentos, para fines de mi cuidado médico. Entiendo que cualquier información de la farmacia que se reciba, no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o mi elegibilidad de beneficios, de estar de acuerdo o no en proporcionar esta autorización.

CONSENTIMIENTO PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS (incluyendo teléfono celular), CORREOS ELECTRÓNICOS, MENSAJES DE TEXTO:

Entiendo que al proporcionar un número de teléfono o dirección de correo electrónico, le doy a la organización de proveedores permiso para contactarme (incluyendo llamadas de marcado automático y mensajes pregrabados). Entiendo que pudiera recibir llamadas, correos electrónicos y mensajes de textos relacionados con los servicios o las actividades que se realizan en nombre de la organización de proveedores a través de sus empresas afiliadas, agentes o contratistas independientes. También entiendo que puedo solicitar no ser contactado. Si corresponde, pueden aplicarse cargos y tarifas de datos de mi operador de telefonía celular.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS:

Acepto que he recibido, o he tenido la oportunidad de recibir, información sobre Instrucciones anticipadas incluyendo información sobre cómo procesar mis Instrucciones anticipadas.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Acepto que he recibido, o he tenido la oportunidad de recibir, la Notificación de prácticas de privacidad de esta organización. Dicha Notificación describe cómo se usa y comparte mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar esta Notificación en cualquier momento y que de hacer un cambio, se me proporcionará una Notificación nueva. Puedo obtener una copia vigente contactando a esta organización de proveedores.

Formulario de consentimiento general

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Entiendo que el tipo de información que puede ser divulgada conforme a este acuerdo, a menos que haya solicitado restricciones por escrito, puede incluir los expedientes de tratamientos para

cualquier servicio de salud mental recibido, por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), discapacidades de desarrollo, alcoholismo o drogadicción durante mi período de cuidado y tratamiento. Un formulario para solicitar la restricción de este tipo de información está disponible en esta ubicación.

LAS DIVULGACIONES DE RUTINA DE SU INFORMACIÓN COMO SE INDICAN EN SU NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PUEDEN INCLUIR:

• PAGO

Permito la divulgación de mis expedientes médicos a organizaciones externas como Medicare y Medicaid o fuentes de financiamiento que requieran tal información como condición para el pago de cargos clínicos.

• COMPENSACIÓN LABORAL

De recibir tratamiento por una lesión o afección relacionada con el trabajo, apruebo la divulgación de la información de salud a mi empleador, aseguradora de compensación laboral, o sus representantes, para que incluya copias de mis expedientes médicos relacionados con la lesión o afección por la cual estoy reclamando compensación.

• CUIDADO Y TRATAMIENTO

Autorizo la divulgación de información (verbal y/o escrita) sobre mi afección a mi proveedor de cuidado primario o a cualquier especialista al que haya sido referido por el proveedor de cuidado primario, con fines de cuidados continuos.

• PAGO DE ASEGURADORA

Si soy afiliado/a de un plan de seguro de salud, que requiere aprobación para el pago de mis cuidados y tratamientos médicos, la información a divulgar sobre mí, también incluirá el diagnóstico y plan de tratamiento, así como el estado de mi afección. La información puede ser proporcionada por escrito o verbalmente con el fin de determinar la necesidad de cuidados médicos adicionales.

• INFORMES OBLIGATORIOS:

Entiendo que este proveedor está obligado por ley a informar sobre hallazgos incluyendo pero no limitados a sospecha de abuso, enfermedades y afecciones contagiosas, y/o aplicación de vacunas. Entiendo que mi información de salud podría ser entregada de conformidad con la ley, en caso de estar en la categoría de informes obligatorios.



Consentimiento general del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Confirmando haber leído la información antes indicada y que mi firma representa mi aprobación de este documento o que autorizo la finalización de este documento a un representante en mi nombre. Se me ha ofrecido la oportunidad de rechazar cualquier parte de este documento con la que no estoy de acuerdo.

Firma del paciente

Fecha

Hora

Si el paciente es un menor de edad o no está en capacidad de firmar:

Firma del representante legal

Fecha

Hora

Nombre del representante legal en letra de imprenta

Parentesco con el paciente



Consentimiento general del paciente

¡Importante!

En CenterWell Senior Primary Care es importante que reciba un trato justo.

CenterWell Senior Primary Care (CenterWell) no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es ilegal. CenterWell cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables. Si cree que CenterWell lo ha discriminado, hay maneras de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja a:

Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: **1-877-320-2188** o si usa un **TTY**, llame al **711**.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.** de manera electrónica a través de su portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Residentes de California:** puede llamar a la línea directa gratuita del Departamento de Seguros de California: **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja.

Tiene a su disposición asistencia y servicios auxiliares sin cargo. **1-877-320-2188 (TTY: 711)**

CenterWell proporciona asistencia y servicios auxiliares gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas calificados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dicha asistencia y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar.

Language assistance services, free of charge, are available to you. **1-877-320-2188 (TTY: 711)**

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

Diné Bizaad برای دریافت نسیه‌یالت زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

ĔNavajo: W0dah1 b44sh bee hani'7 bee wolta'7g77 bich'9' h0d77nih 47 bee t'11 jiiik'eh saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66 nik1'adoowo[.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

GCHJV5REN 0220