

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Por el presente, doy mi consentimiento de manera voluntaria para recibir evaluaciones y tratamiento por parte del personal de Hot Springs Health Program (HSHP, en inglés) y sus agentes. Si el paciente es menor de edad y estoy a cargo de su cuidado o soy su padre, madre o tutor legal, doy mi consentimiento para que reciba evaluaciones y tratamiento. Estos pueden ser servicios terapéuticos, de diagnóstico, imágenes y laboratorio. Entiendo que se me pueden pedir otros formularios de consentimiento específicos para administrar tratamientos no habituales que no sean de emergencia. Soy consciente de que el ejercicio de la medicina y la salud del comportamiento no es una ciencia exacta, y no se me han dado garantías con respecto a los resultados de los tratamientos, exámenes o servicios.

TELESALUD: Doy mi consentimiento para recibir atención por teléfono (solo audio), por medio de telesalud (audio/visual) o a través del portal para pacientes cuando sea médicamente necesario y clínicamente apropiado para intercambiar información médica entre el proveedor y yo, o entre un proveedor y otro proveedor.

ACUERDO FINANCIERO: Conforme a la ley vigente y a los términos y condiciones de todos los contratos vigentes que HSHP haya firmado con un tercero responsable de los pagos, acepto asumir la responsabilidad financiera y la obligación de pagarle a HSHP los saldos impagos que se mencionan en el párrafo “Asignación de beneficios” de abajo. A pedido de Hot Springs Health Program, Inc., se prevé el pago al momento de recibir el servicio, a menos que se haya acordado otra cosa por adelantado. Hot Springs Health Program no tiene contrato con nosotros y no acepta asignaciones con todas las empresas aseguradoras. Se registrará el seguro como cortesía para nuestros pacientes. Además, acepto que soy responsable de pagar los copagos, coseguros o deducibles correspondientes.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por el presente, asigno a HSHP todos los derechos, títulos e intereses con relación a cualquier beneficio de terceros adeudado de pólizas de seguro o terceros responsables de los pagos correspondiente a un monto que no supere los cargos regulares y habituales de HSHP por los servicios médicos prestados. Autorizo estos pagos por parte de las empresas de seguros, los terceros responsables de los pagos y otras partes correspondientes. También autorizo que se divulgue mi información médica a mi aseguradora si es necesario para determinar la elegibilidad de estos beneficios o de otros por servicios relacionados. Hay disponible una lista de cargos regulares y habituales si lo solicita. Doy mi consentimiento para que HSHP presente solicitudes de revisión o apelación para cuestionar la determinación de beneficios de un tercero responsable de los pagos. Excepto cuando la ley lo exija, asumo la responsabilidad de determinar por adelantado si los servicios prestados están incluidos en la cobertura del seguro o de terceros responsables de los pagos. Entiendo que, para poder facturarle a mi seguro actual, este debe estar registrado con HSHP y, por eso, se espera que presente mi tarjeta del seguro en cada consulta para verificar mi cobertura. Si no le doy a HSHP mi información del seguro, se me considerará un paciente que paga por su cuenta y estaré obligado a pagar todas las tarifas por los servicios que reciba.

CONSENTIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Autorizo a Hot Springs Health Program a descargar mi historial de medicamentos y beneficios farmacéuticos en mi cuenta por medio de un centro de intercambio de información farmacéutica. Este método es la mejor manera de obtener la información más actualizada para que el prestador de servicios médicos pueda brindarle la mejor atención.

NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Me han dado la oportunidad de ver u obtener una copia de la Notificación sobre las prácticas de privacidad de Hot Springs Health Program según los requisitos federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud.

CONSENTIMIENTO PARA LA COLABORACIÓN: Hot Springs Health Program forma parte de un acuerdo organizado de salud que incluye a los participantes de OCHIN. En <http://www.ochin.org> hay disponible una lista actualizada de participantes de OCHIN. Como su socio comercial, OCHIN le brinda servicios de tecnología de la información y otros relacionados a Hot Springs Health Program y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para determinar las normas de las mejores prácticas y acceder a los beneficios clínicos que puedan surgir del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. OCHIN también ayuda a los participantes a colaborar entre ellos para mejorar la gestión de las derivaciones internas y externas de los pacientes. Hot Springs Health Program podrá compartir su información médica personal con otros participantes de OCHIN o con un centro de intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para recibir tratamiento médico o llevar a cabo las operaciones médicas del acuerdo organizado de salud. Las operaciones médicas pueden incluir, entre otras cosas, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información médica personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como los datos indicados en las Normas de privacidad. Cuando se divulgue la cantidad de información que corresponda, se hará de conformidad con las Normas de privacidad o cualquier otra ley vigente con sus eventuales modificatorias. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; no obstante, es posible que la información ya haya sido proporcionada con su permiso. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, le daremos una lista de las entidades ante las que se ha revelado su información.

Si tiene preguntas o consultas sobre estos consentimientos o sobre sus derechos y responsabilidades, hágalo saber en la recepción del centro médico.

X

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha