

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Por el presente doy mi consentimiento para mi tratamiento o el tratamiento de \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) (de quien soy padre o tutor legal) al Community Health Center, Inc. ("CHCI") y confirmo que la información precedente es correcta. Entiendo que estoy dando mi consentimiento para tratamiento o servicios médicos de rutina que se consideren necesarios o aconsejables para mí o para la persona a mi cargo. Entiendo que se me solicita que participe en mis planes de atención, o en los de las personas a mi cargo, y que tengo derecho a rechazar estas intervenciones, tratamientos, atención, servicios o medicamentos en la medida en que lo permite la ley. Entiendo que la atención que recibiré (o que recibirá la persona a mi cargo) podrá incluir estudios, medicamentos, inyecciones, etc., que se basan en criterios médicos establecidos, pero que no están exentos de riesgo, y que se me informará acerca de cualquier riesgo antes de que dé mi consentimiento para cualquier estudio, medicamento, inyección, etc. Por último, entiendo que CHCI en algunas oportunidades tiene pasantes y estudiantes de profesiones médicas que podrán participar en mi atención o en la atención de la persona a mi cargo. Estos estudiantes/pasantes están bajo supervisión del personal de CHCI.

### **REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

Autorizo a CHCI a usar y divulgar mi información médica para los siguientes propósitos: (1) para considerar, organizar o coordinar mi tratamiento de atención médica; (2) para permitir a CHCI obtener el pago por los servicios que me brinde; y (3) para permitir a CHCI llevar a cabo operaciones de atención médica regulares y comerciales, como la verificación de la calidad, planificación de servicios y administración general. Estoy al tanto de que esta autorización para usar y divulgar información podrá incluir información relativa a: (1) VIH o SIDA; (2) abuso de alcohol o drogas; (3) enfermedad mental o cualquier afección de salud conductual; (4) enfermedades de transmisión sexual; (5) planificación familiar, embarazo y aborto. Soy consciente de que CHCI podrá compartir información con mis otros proveedores médicos con fines de tratamiento médico o con terceros para pagos a través de medios electrónicos.

Autorizo a CHCI a utilizar y solicitar mi historial de medicamentos recetados a otros proveedores de atención médica o terceros responsables del pago de beneficios de medicamentos para fines de tratamiento. Este formulario de consentimiento tendrá vigencia hasta el día que revoque el consentimiento. Para negar el consentimiento en cualquier momento, hable con un empleado de Servicios para Pacientes, quien lo asistirá en el proceso de renuncia.

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Cedo a CHCI todos los beneficios de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías aseguradoras o terceros que sean financieramente responsables de la atención y el tratamiento médicos prestados por CHCI, a los cuales yo pueda tener derecho. Autorizo la divulgación de información requerida por la compañía aseguradora para fines de facturación y entiendo que se debe proporcionar constancia de cobertura de seguro para que CHCI presente un reclamo de seguro en mi nombre. Estoy de acuerdo con que todo beneficio pagado por mi aseguradora se pague a CHCI. Accedo a notificar de inmediato a CHCI cualquier cambio en mi seguro.

### **OBLIGACIONES ECONÓMICAS**

Estoy de acuerdo con que, a excepción de las limitaciones establecidas por ley o por acuerdos de CHCI con terceros responsables de pagos, en el caso de que un tercero (es decir, mi seguro) incumpla con el pago para el cual yo he hecho una cesión de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por servicios brindados en instalaciones de CHCI de acuerdo con las tasas y términos de CHCI vigentes a la fecha de la prestación del servicio. También estoy de acuerdo con que soy responsable de todos los copagos, coseguros o deducibles que correspondan. Entiendo que si no brindo cualquier información solicitada a mi compañía aseguradora o a CHCI, CHCI se reserva el derecho de facturarme los servicios a la tarifa plena. CHCI también se reserva el derecho de informar cuentas en mora a

organismos de informes de créditos y cobros. Entiendo que tengo acceso al programa de descuento de escala de honorarios variables en función de mis ingresos, y me comprometo a notificar de inmediato a CHCI sobre cualquier cambio en mis ingresos. Si tiene alguna pregunta sobre el programa de descuento de escala de honorarios variables, consulte a un empleado de Servicios para Pacientes.

### **INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

CHCI utiliza un intercambio electrónico de información médica que nos permite intercambiar información clínica con otros médicos, enfermeras, hospitales y centros de atención médica. Este programa ayuda a brindar la mejor atención posible al permitir que los proveedores externos a CHCI accedan a su información clínica. Ello incluye información médica actual y pasada, sobre salud conductual y antecedentes odontológicos de CHCI. Entiendo que esta autorización permitirá que CHCI me inscriba en este programa. Entiendo que al inscribirme en este programa, los proveedores de atención médica y el personal autorizado que participa en el intercambio electrónico de información médica podrán tener acceso a mi información médica de manera más eficaz y exacta. Entiendo que si no deseo inscribirme en el intercambio electrónico de información médica, debo llamar al consultorio de mi proveedor y solicitar la cancelación.

### **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE CONTACTO**

CHCI se comunica de manera rutinaria con los pacientes por teléfono, mensaje de texto (si se proporciona el número de teléfono celular), correo electrónico (si se proporciona la dirección de correo electrónico) y / o correo para recordarles sobre las citas, preguntar sobre las facturas y notificarles sobre otros programas y servicios del CHCI. Los pacientes o representantes legales que no deseen ser contactados por teléfono, mensaje de texto, correo y / o correo electrónico, pueden hablar con un Asociado de Servicios para Paciente, quien documentará su método preferido de comunicación.

### **ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que al firmar a continuación reconozco haber recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad que describe de qué manera podrá utilizarse o divulgarse mi información médica, o la de la persona a mi cargo. Entiendo que la ley exige a CHCI proteger mi información médica personal, o la de la persona a mi cargo, y que en ciertas oportunidades la ley autoriza que mi información médica personal, o la de la persona a mi cargo, se comparta con individuos o entes externos a CHCI, para, entre otros fines, tratamientos, pagos y operaciones, así como en situaciones en que lo exige la ley y en relación con la notificación obligatoria de ciertas enfermedades. Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas acerca de la Notificación de prácticas de privacidad de CHCI y estoy de acuerdo con las protecciones que me ofrece.

**Certifico que he leído la información precedente y que la información que he suministrado a Community Health Center, Inc. es verdadera, según mi leal saber y entender. Les notificaré cualquier cambio que pueda producirse.**

---

**Firma en letra imprenta del paciente o el tutor legal**

**Fecha**

---

**Nombre en letra imprenta del paciente o el tutor legal \*\*Si no es el paciente o un padre de este, debe suministrarse constancia de la facultad legal.\*\***