



AUTORIZACION DE TRATAMIENTO/ASIGNACION DE BENEFICIOS/LIBERACION DE INFORMACION/PRIVACY NOTICE

Paciente:	FDN:	FECHA:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Mediante este documento, solicito y autorizo CHDC (Community Health and Dental Care, Inc.), sus prácticas de salud y proveedores, incluyendo médicos, dentistas, proveedores de salud del comportamiento integrados, equipo de tratamiento asistido por medicamentos, técnicos, enfermeras y otro personal calificado. para llevar a cabo servicios y procedimientos de evaluación y tratamiento según sea necesario de acuerdo con el juicio del (de los) profesional (es) de salud que lo atiende. Reconozco que ninguna persona puede garantizar los resultados de tratamientos, exámenes o procedimientos.

AVISO DE PRIVACIDAD: Confirmando haber recibido el Aviso de privacidad de información de salud para Community Health and Dental Care, Inc.

AUTORIZACION DE SEGURO Y ASIGNACION: Solicito que el pago de los beneficios de salud autorizados se realice en mi nombre directamente al proveedor de servicios de CHDC que me haya proporcionado. Autorizo a CHDC a divulgar cualquier información de salud a mi compañía de seguros de salud y / o a sus agentes legítimos que sea necesaria para procesar reclamaciones de seguro de salud relacionadas y / o para verificar los beneficios del plan de acuerdo con los estándares de información de salud de HIPAA. Autorizo el pago de los servicios, que de otro modo serían pagados a mí según los términos de mi plan de seguro de salud privado, grupo de empleador o grupo de salud, directamente a CHDC. Por la presente autorizo que las fotocopias de este formulario sean válidas como el original.

GARANTIA DE PAGO: Por la presente garantizo el pago de todas las tarifas y cargos relacionados con todos los servicios y bienes duraderos que me han proporcionado a través de las prácticas de salud y proveedores de CHDC desde mi primera fecha de examen o tratamiento. Acepto realizar el pago completo inmediatamente después de recibir un estado de cuenta de CHDC ya sea una factura provisional o final. En el caso de que no realice el pago completo o no cumpla con otros acuerdos de pago realizados con la aprobación de CHDC, entiendo que se pueden iniciar las medidas de cobranzas apropiadas.

REGISTRO ELECTRONICO DE SALUD: Los proveedores de atención médica requieren acceso a la información de salud del paciente cuando o donde el paciente presente atención para garantizar la seguridad, la calidad y para coordinar la atención del paciente a través de la red de proveedores, evitando la duplicación de servicios. CHDC tiene un registro de salud electrónico a nivel de todo el sistema que está disponible para los cuidadores según su "necesidad de saber", para compartir información sobre la atención del paciente en el hospital, en el consultorio de pacientes ambulatorios o en consultorios médicos. La confidencialidad de los registros, incluidos aquellos que reflejan el tratamiento de problemas de salud conductual, VIH / SIDA o problemas de drogas o alcohol, se mantiene según los estándares gubernamentales y normativos pertinentes. Los resúmenes de atención al paciente se envían automáticamente a CHDC designado y a otros médicos comunitarios de atención primaria / familiares / referentes, así como a los médicos que son consultados por el médico tratante para la coordinación de atención. CHDC y / o el médico tratante pueden proporcionar y divulgar a las agencias de supervisión de salud federales y estatales, o previa solicitud por escrito, a todas las compañías de seguros o sus representantes cualquier información con respecto al tratamiento del paciente aquí incluido, incluyendo copias de la historia clínica.

PORTAL DEL PACIENTE: El acceso al portal seguro para pacientes es un servicio opcional que puedo suspender o cancelar en cualquier momento por cualquier motivo. Entiendo que mi acceso al portal del paciente no afectará el nivel de atención que recibo. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a CHDC si hay un cambio en mi cuenta de correo electrónico o si creo que se ha infringido mi contraseña segura.

PRESCRIPCIONES ELECTRONICAS: Entiendo que las clínicas y consultorios de salud de CHDC pueden usar un sistema de recetas electrónicas que permita que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mis proveedores de CHDC y mi farmacia. Se me informó y entiendo que los proveedores de CHDC que usan el sistema de prescripción electrónica podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluyendo esos recetados por otros proveedores. Doy mi consentimiento a mis proveedores de CHDC para ver esta información de salud.

REGISTRO DE INMUNIZACION: Entiendo que CHDC participa en el registro estatal de vacunación del Departamento de Salud de Pensilvania que recopila el historial de vacunación y la información para cumplir con el objetivo de salud pública de prevenir la propagación de enfermedades prevenibles con vacunas. El registro cumple con las leyes federales de privacidad de información de salud.

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD POR VALORES PERSONALES: Me han informado y entiendo que todas las clínicas y consultorios de salud de CHDC no brindan servicios de custodia de objetos de valor. Por la presente, libero a CHDC de cualquier responsabilidad debido a la pérdida o daño de cualquier objeto de valor que yo, o cualquier persona que me acompañe, pueda llevar a una clínica, oficina o centro de salud de CHDC.

PERMISO A ENVIAR REGISTRO DE INMUNIZACION INFANTIL A LAS ESCUELAS: Por la presente doy permiso para que CHDC envíe o envíe por fax los registros de vacunación infantil a las escuelas, previa solicitud.

Yo, o mi representante legal, certifico que he leído este documento, que me lo han explicado completamente y que entiendo su contenido, y acepto todos los términos y condiciones establecidos anteriormente y confirmo el recibo de una copia si la solicito.

INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD: CHDC puede hacer que su información médica esté disponible electrónicamente a través de un servicio estatal, regional o nacional de intercambio de información médica (HIE) o a través de la red NextGen Share ® para facilitar el intercambio seguro de su información médica entre varios proveedores de atención médica u otras entidades de atención médica para su tratamiento, pago o otras operaciones de atención médica. Esto significa que podemos compartir información que obtengamos o creemos sobre usted con un HIE, que estará disponible para entidades externas (como hospitales, consultorios médicos, farmacias o compañías de seguros) o podremos recibir información que creen o obtengan sobre usted (como historial de medicamentos, historial médico o información de seguro) para que cada entidad pueda proporcionar un mejor tratamiento y coordinación de sus servicios de atención médica. En los casos en que se requiera su consentimiento o autorización específica para divulgar cierta información de salud a otros, no divulgaremos dicha información de salud sin antes obtener su consentimiento. La información que requiere consentimiento adicional para ser compartida incluye notas de psicoterapia, tratamiento por abuso de sustancias o alcohol y registros de pruebas o tratamiento de enfermedades de transmitidas sexualmente.

También participamos con Health Share Exchange (HSX), que es una organización sin fines de lucro responsable de facilitar el intercambio de datos entre los proveedores de servicios de salud. Por ejemplo, si va a visitar un Departamento de Emergencia desconocido, el médico del DE podrá acceder a su registro de salud para ver su historial médico, incluida la información sobre alergias. El acceso a su información de salud durante una situación de emergencia puede salvarle la vida, especialmente si está inconsciente y no puede transmitir su información de salud importante al médico. Si por alguna razón no se siente cómodo con este tipo de intercambio de datos, tiene la opción de darse de baja. Esta es su responsabilidad. Nota: si opta por excluirse de HSX, es importante que sepa que su información no estará disponible para verla, incluso en situaciones de emergencia.

Firma del paciente o padre o tutor legal /Representante Autorizado

Nombre Impreso

Fecha

CHDC Representante

