

# Blessing Community Health Center

## Consentimiento para Servicios

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La misión de Blessing Community Health Center (BCHC) es brindar atención médica de calidad y servicios de administración de casos. Nuestro objetivo es garantizar que todos los miembros de nuestra comunidad reciban atención de la manera que mejor se adapte a sus necesidades, independientemente de su raza, género, etnia o religión. Para brindarle un mejor servicio, **le solicitamos que ponga sus iniciales en cada sección y firme a continuación para dar su consentimiento para lo siguiente:**

\_\_\_\_\_ Inicio de los servicios: acepto proporcionar la información solicitada al personal de BCHC para ayudarlos a comprender mejor mis necesidades y cooperar lo mejor que pueda con las recomendaciones de atención.

\_\_\_\_\_ Confidencialidad: entiendo que toda mi información, incluida la información de atención médica, se mantendrá privada y confidencial, a menos que proporcione una autorización por escrito para compartirla con otra persona, excepto cuando mi información deba divulgarse por razones legales. Estas razones incluyen:

- Una orden judicial requiere que BCHC divulgue información.
- Estoy en peligro de autolesionarme o de lastimar a otros.
- Soy una posible víctima de abuso o negligencia.

\_\_\_\_\_ Confidencialidad: Registros de abuso de sustancias y/o salud conductual: entiendo que esta clínica ofrece una variedad de servicios y, debido a esto, el personal puede ver todos mis registros como parte de la atención completa.

\_\_\_\_\_ Aviso de prácticas de privacidad: se me ha proporcionado un aviso de prácticas de privacidad que explica con mayor detalle mis derechos a la privacidad y cómo puedo acceder a mis registros. El personal de BCHC ha respondido mis preguntas sobre el Aviso de privacidad y doy mi consentimiento para divulgar mi información a mi plan de salud con el fin de facturar reclamos, certificación, gestión de casos, mejora de la calidad, administración de beneficios y otros fines relacionados.

\_\_\_\_\_ Admisiones al hospital/visitas a la sala de emergencias: acepto notificar a BCHC cada vez que busque atención en un hospital y proporcionaré a mi proveedor de BCHC copias de mis registros hospitalarios, si los tengo.

\_\_\_\_\_ Acceso de emergencia: entiendo que BCHC no tiene médicos fuera del horario de atención para manejar emergencias y llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana en caso de emergencia.

\_\_\_\_\_ Instrucciones anticipadas y/o POLST: entiendo que es importante tener mis deseos de atención médica por escrito en caso de que me enferme demasiado para comunicarlos verbalmente. He proporcionado esta documentación al personal de BCHC para mis archivos. Si no tengo una directiva anticipada o POLST, se me brindará educación adicional al respecto, a menos que rechace específicamente la educación adicional.

\_\_\_\_\_ Administración de medicamentos: le he proporcionado a BCHC el nombre de una farmacia preferida para mis recetas y acepto tomar solo medicamentos (recetados o de venta libre y/o sustancias controladas) según lo recomendado. Reconozco que, si necesito un reabastecimiento, lo solicitaré con al menos 5 días de anticipación, y esto solo se puede proporcionar con la autorización del médico y si tengo una cita próxima. Además, algunas recetas no se pueden solicitar y solo se pueden proporcionar en mi visita al consultorio. Entiendo que, si estoy buscando tratamiento para ayudar con el uso de sustancias o el manejo de medicamentos, estos requieren citas regulares programadas para tener éxito con mi plan de tratamiento y mantendré estas citas lo mejor que pueda. (Para los pacientes que buscan tratamiento por sustancias controladas, consulte el formulario "Acuerdo de Sustancias Controladas").

\_\_\_\_\_ Historial de medicamentos: es muy importante que su proveedor conozca todos los medicamentos que está tomando. Al poner sus iniciales en este formulario de consentimiento, le da permiso a su proveedor de atención médica para obtener su historial de medicamentos de su farmacia, planes de salud u otros proveedores de atención médica.

\_\_\_\_\_ Referencias que requieren autorización: BCHC reconoce la importancia de la atención oportuna, que puede incluir pruebas y tratamientos que necesitan la aprobación de mi seguro. Entiendo que este proceso puede tomar varios días para que mi seguro revise mis necesidades médicas. Además, entiendo que BCHC me mantendrá informado sobre este proceso y responderá cualquier pregunta que pueda tener.

\_\_\_\_\_ Apelaciones y quejas: tengo derecho a apelar a través de mi seguro cuando no se certifique la cobertura de mi atención y que no se me imponga ninguna sanción por ejercer este derecho. También entiendo que puedo presentar una queja ante BCHC o mi seguro en cualquier momento en que desee presentar una queja sobre mi atención. También entiendo que puedo comunicarme con el Departamento de Atención Médica Administrada de California al 800-400-0815 para quejas sobre mi seguro administrado o quejas sobre una apelación. Si no tengo un plan de seguro administrado, también puedo llamar al Departamento de Salud Pública local con respecto a mis quejas o inquietudes con respecto a mi atención al 909-383-4777.

\_\_\_\_\_ Consentimiento para la coordinación con la compañía de seguros: autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros según sea necesario para la cobertura de mis servicios en BCHC. Además, autorizo el uso de mi firma para presentar reclamaciones de seguros y autorizo a mi seguro a emitir pagos a BCHC y sus proveedores por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_ Consentimiento para evaluación/evaluaciones diagnósticas y tratamiento: autorizo y solicito que mi proveedor de atención médica y de salud conductual brinde todos los servicios de tratamiento de diagnóstico necesarios que satisfagan mejor mis necesidades. Entiendo que, durante el curso de mi tratamiento, mi proveedor me explicará todos los procedimientos y que están sujetos a mi acuerdo. Además, entiendo que si bien mi tratamiento está destinado a ser útil, la respuesta de cada paciente al tratamiento puede ser diferente y los resultados pueden variar.

\_\_\_\_\_ Administración de atención crónica: acepto permitir que Blessing Community Health Center (BCHC) me brinde servicios de administración de atención crónica (CCM) y ser designado como mi proveedor de CCM. También entiendo que otros médicos, de vez en cuando, pueden brindarme servicios de CCM bajo este consentimiento y recibirán mi información médica electrónicamente de mi proveedor de CCM de manera electrónica o por fax.

- Elijo no usar BCHC para mis servicios de CCM.

\_\_\_\_\_ Autorización de privacidad de HIPAA para individuos: según lo exige la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996, BCHC no puede usar ni divulgar su información de salud a nadie sin su autorización, excepto según lo dispuesto en nuestro Aviso de práctica de privacidad. Su firma en la siguiente sección indica que está dando permiso para los usos y divulgaciones descritos en este documento.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre impreso del paciente o hijo menor), por la presente autorizo a BCHC a usar y/o divulgar mi información de salud protegida completa, incluidos asuntos de facturación, condiciones, tratamientos, pronóstico, así como atención de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y tratamiento de abuso de alcohol/drogas a la siguiente persona:

1. \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente a terceros por las personas autorizadas anteriormente y, por lo tanto, ya no está protegida. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento completando un formulario de Autorizaciones y Divulgaciones de Actualización y devolviéndolo a BCHC. Además, entiendo que dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar o divulgar mi información médica ya hayan actuado confiando en esta autorización. Entiendo que no tengo ninguna obligación de poner mis iniciales en esta autorización y que mi capacidad para obtener tratamiento no dependerá de si pongo o no mis iniciales en esta autorización.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_