

**Formulario de autorización de PPS: Consentimiento para tratamiento médico**

**1. DESIGNACIÓN PARA COBERTURA DE SEGURO/PROMESA DE PAGO:**

Por el presente documento, cedo y autorizo el pago directamente a la Clínica Médica de todos los beneficios del seguro, beneficios por enfermedad, beneficios por lesiones debido a la responsabilidad de un tercero, o el producto de todos los reclamos que resulten de la responsabilidad de un tercero, pagaderos por cualquier parte, organización, etc., al paciente o para este, a menos que la cuenta de esta Clínica Médica, visita ambulatoria o serie de visitas ambulatorias se pague en su totalidad al momento del alta o al completar el tratamiento ambulatorio. Si soy elegible para Medicare, solicito los servicios y beneficios de Medicare. Además, acepto que esta designación no se retirará ni anulará en ningún momento hasta que la cuenta esté pagada en su totalidad. Comprendo que soy responsable de pagar cualquier saldo correspondiente a coseguros y deducibles, y a montos que mi compañía de seguros no cubra de acuerdo con los términos y las tarifas habituales del Centro.

Entiendo que estoy obligado a pagar la cuenta de la Clínica Médica de acuerdo con los términos y las tarifas habituales de la Clínica Médica. Si no efectúo el pago al vencimiento y la cuenta entra en mora o se entrega a una agencia de cobros o a un abogado para el cobro, acepto pagar todos los honorarios de la agencia de cobros, las costas judiciales y los honorarios del abogado. Además, acepto que cualquier pago en exceso de un paciente o garante en la visita a la Clínica Médica anterior se puede aplicar directamente a cualquier cuenta morosa por la cual yo o mi garante somos legalmente responsables al momento del cobro del pago en exceso. Autorizo a la Clínica Médica a que actúe en mi nombre ante mi compañía/compañías de seguros para obtener autorizaciones o apelar rechazos de reembolsos, coberturas o pagos de servicios o atención médica que haya recibido.

**2. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA EMISIÓN DE RECETAS ELECTRÓNICAS:**

Me han informado y entiendo que los profesionales y los consultorios médicos pueden usar un sistema de recetas electrónicas que permite que las recetas y la información relacionada se envíen electrónicamente entre mis proveedores y mi farmacia. Me han informado y entiendo que mis proveedores que utilicen el sistema de emisión de recetas electrónicas podrán ver información sobre los medicamentos que ya estoy tomando, incluidos aquellos recetados por otros proveedores. Otorgo mi consentimiento a mis proveedores para ver esta información médica protegida.

**3. CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD:**

Comprendo que esta Clínica Médica utiliza historias clínicas electrónicas. Comprendo que las historias clínicas electrónicas contienen información sobre mi estado de salud proveniente de proveedores de atención médica previos, actuales y futuros. Autorizo a que dicha información de salud se divulgue mediante las historias clínicas electrónicas de la Clínica Médica u otros medios (por ejemplo, fax, teléfono, correo electrónico o en persona) a los siguientes: (1) la Clínica Médica; (2) mis proveedores de atención médica y otras organizaciones de atención médica previos, actuales y futuros a cargo de mi tratamiento; (3) la compañía de seguro médico mencionada en mi historia clínica; y (4) cualquier otra persona mencionada en mi historia clínica que pague el tratamiento. Estas personas pueden usar mi información de salud para lo siguiente: (1) brindarme tratamiento; (2) recibir un pago por el tratamiento que me brindan (por ejemplo, facturarles a las compañías de seguros); y (3) realizar actividades de operaciones de la atención médica (por ejemplo, administrar mi atención, brindar atención de calidad y realizar actividades para la seguridad de los pacientes y demás actividades necesarias para gestionar la Clínica Médica). Comprendo que estas personas tendrán acceso a toda mi información de salud en la historia clínica, incluida información sobre la salud conductual y sobre trastornos por consumo de sustancias (por ejemplo, tratamientos por el consumo de drogas y alcohol), mis antecedentes médicos, diagnósticos, expedientes hospitalarios, información sobre consultas médicas y clínicas, medicamentos, alergias, resultados de análisis de laboratorio, informes de radiología, información sobre salud sexual y reproductiva, información sobre enfermedades transmisibles (por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual) e información relacionada con el VIH/sida. Comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, a menos que mi información de salud ya se haya divulgado. También comprendo que puedo pedir una lista de las organizaciones de atención médica que hayan recibido mi información sobre trastornos por consumo de sustancias. Este consentimiento dejará de ser válido un año después de mi muerte.

**4. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Como lo exige la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la Clínica Médica. Por el presente documento, otorgo mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida, incluida la información generada mediante el uso de servicios de atención médica virtual o telemedicina, según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Esto incluirá toda mi información médica protegida que se genere durante la hospitalización y el tratamiento como paciente ambulatorio en la Clínica Médica, lo que incluye, a modo de ejemplo, el tratamiento relacionado con la salud mental, el consumo de drogas y alcohol, las enfermedades transmisibles como el VIH/sida, las discapacidades en el desarrollo, las pruebas genéticas y otros tipos de tratamiento recibidos.

**5. CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PRUEBAS, TRATAMIENTOS Y SERVICIOS:**

Me han informado los procedimientos de tratamiento que se consideran necesarios para mí, y que los tratamientos/procedimientos serán dirigidos por un médico o un profesional avanzado independiente, de acuerdo con las leyes estatales, el alcance de la práctica y la licencia del personal médico.

**6. CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA VIRTUAL/TELEMEDICINA:**

Por el presente documento, otorgo mi consentimiento para recibir servicios de atención médica virtual o de telemedicina, cuando estén disponibles, como parte de mi tratamiento. Comprendo que los servicios de atención médica virtual o

de telemedicina incluyen la prestación de atención médica, el diagnóstico, las visitas de valoración, el tratamiento, los intercambios de datos médicos y la instrucción a través del uso de videos o audios interactivos o de la comunicación de datos cuando el proveedor de atención médica y el paciente no se encuentren en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos utilizados para la prestación de estos servicios incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y los datos de estudios por imágenes e incluirán medidas para salvaguardar los datos, a fin de garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Entiendo que los beneficios potenciales de recibir atención de esta manera incluyen un mejor acceso a la atención y la capacidad de obtener la experiencia de un especialista a distancia. Los riesgos potenciales incluyen problemas con la transmisión de información, que incluyen, entre otros, una transferencia de datos deficiente que puede incluir una experiencia de calidad de datos y video deficiente, o la falta de acceso a mi historia clínica completa por parte del médico remoto. Entiendo que toda la información, incluidas las imágenes, formará parte de mi historia clínica disponible para mí si se solicita y con las mismas restricciones de difusión sin mi consentimiento. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

**7. RECONOCIMIENTO DE DIRECTIVA ANTICIPADA:**

La ley federal requiere que los pacientes reciban información sobre sus derechos para tomar decisiones de atención médica anticipadas, incluidos el testamento en vida, el poder legal médico duradero o la designación de un sustituto para la toma de decisiones de atención médica. Al firmar, usted reconoce que tiene conocimiento de estos derechos y entiende que la Clínica Médica puede proporcionarle información adicional y formularios apropiados si los desea.

**8. ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN:**

Si actualmente está participando en algún estudio de investigación o ensayo clínico, le pedimos que lo notifique a la oficina de registro y a su proveedor. Se le pedirá una descripción de lo que se está estudiando (fármaco, dispositivo médico u otro) y la información de contacto del Coordinador de la Investigación en caso de que su proveedor tenga preguntas sobre el estudio.

**9. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS/VIDEOS:**

Otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías, las grabaciones de videos o los monitoreos por video, que incluyen las partes correspondientes de mi cuerpo para fines médicos y de documentación en mi historia clínica, siempre y cuando estas fotografías o grabaciones de videos se conserven y divulguen de acuerdo con las regulaciones de la información de salud protegida.

**10. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA AL MOMENTO DEL REGISTRO:**

Yo, o mi representante legal autorizado, por el presente documento, otorgo mi consentimiento para que un miembro del consultorio médico me tome una fotografía en el momento del registro. Entiendo que esta fotografía se guardará en la historia clínica electrónica ambulatoria del consultorio médico como mi identificación con fotografía.

**11. COMUNICACIONES:**

Autorizo a que el Centro, sus sucesores o cesionarios me contacten a través de los medios que le proporcioné al Centro. Comprendo que las comunicaciones pueden hacerse a través de cualquier medio, como llamadas telefónicas al teléfono celular o a la línea fija, mensajes de voz al teléfono celular o a la línea fija, sistemas de marcado automático, mensajes de voz artificiales o pregrabados, mensajes de texto al teléfono celular o correos electrónicos. Comprendo que las comunicaciones pueden ser de distinta índole, por ejemplo, sobre el tratamiento médico, los medicamentos recetados, la elegibilidad para el seguro, la cobertura del seguro, la programación de citas, la facturación o los cobros. Comprendo que estas comunicaciones no están encriptadas ni aseguradas y asumo los riesgos de compartir información de salud a través de medios no seguros. Comprendo que, si incurro en algún costo por ser contactado por teléfono o correo electrónico a los números o las direcciones proporcionados al Centro, por ejemplo, por el uso de datos, itinerancia, mensajes de texto, minutos adicionales u otras tarifas, entre otros, el Centro no se hará responsable de dichos costos. Este consentimiento también es válido para información de contacto adicional o actualizada que pueda proporcionar. Comprendo que puedo cambiar mis preferencias en cualquier momento poniéndome en contacto con el Centro.

**12. VIDEOS/GRABACIONES:**

Comprendo y acepto no fotografiar, grabar videos, grabar audios ni registrar imágenes o sonidos de otro modo con cualquier dispositivo. También comprendo que es mi responsabilidad asegurarme de que aquellas personas que me acompañen cumplan con este requisito.

Quien suscribe certifica que ha leído (o le han leído) lo anterior, que lo comprende y acepta los términos, y que le han entregado una copia de este documento. Por el presente documento, acepto todos los términos y condiciones descritos anteriormente y comprendo que he tachado y firmado con mis iniciales las secciones de este consentimiento que no tienen mi autorización o permiso.

|  |       |  |  |      |
|--|-------|--|--|------|
| Firma del Paciente o del representante legal |       |  | Fecha  | Hora |
| Relación con el Paciente                     |       | Intérprete, en caso de que se haya usado uno |  | Hora |
| Testigo<br>Firma                             | Fecha | Hora   | Si el consentimiento se otorgó por teléfono, Firma del segundo testigo | Hora |