



# **Autorización del paciente para recibir atención y tratamiento**

## **Patient Consent for Care and Treatment**

Declaro que la información de registro que se reporta a Neighborcare Health es actualmente correcta y entiendo que cualquier representación falsa y deliberada de esa información puede causar que yo tenga que ser responsable del costo total de los servicios que se me brindan.

Otorgo permiso para que el personal médico, de salud mental y/o dental autorizados y/o titulados utilicen tratamientos y terapias que se consideren médica y profesionalmente necesarias. Además, entiendo que Neighborcare Health es un centro de enseñanza y que los maestros, los aprendices, los residentes y los estudiantes pueden observar y/o participar en mi atención.

Entiendo que los servicios de telesalud/telemedicina permiten que Neighborcare Health facilite tener una consulta que no sea en persona y que se pueda realizar a través de una computadora, una tableta o una llamada telefónica. Entiendo que, al igual que las visitas en persona, las visitas de Telesalud/Telemedicina se facturarán a mi seguro médico y/o a mí mismo(a) y que soy completamente responsable de todos los servicios prestados.

Declaro que entiendo lo siguiente con respecto a lo que es Telesalud/Telemedicina:

- Entiendo que tengo el derecho de rechazar los servicios de Telesalud/Telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento médico en el futuro y sin el riesgo de perder los beneficios. No tengo obligación de responder a ninguna pregunta que considere inapropiada o que no esté dispuesto(a) a que otras personas escuchen.
- Entiendo que, si tomo la decisión de no participar en una sesión de Telesalud/Telemedicina, no se tomarán medidas en mi contra que causen retrasos en mi atención y que aún puedo buscar tener una visita en persona.
- Entiendo que, al igual que cualquier otra tecnología, los servicios de Telesalud/Telemedicina tiene sus limitaciones, incluyendo fallas en el equipo y riesgos de seguridad de la información. Por lo tanto, no hay garantía de que una visita de Telesalud/Telemedicina elimine la necesidad de tener una cita con un proveedor de servicios de la salud en persona.

Entiendo que Neighborcare Health y/o los proveedores que brindan servicios profesionales a los pacientes están autorizados a proporcionar información médica, dental y/o de salud mental de mis registros médicos a un especialista de referencia, si corresponde, y a cualquier compañía de seguros médicos, Medicare (CMS), y/o Medicaid (DSHS) con el fin de obtener el pago de una factura. Neighborcare Health está autorizado a divulgar información de mi expediente médico a

cualquier otro centro de atención médica y/o proveedor de servicios al que pueda transferirse mi atención.

Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha en que se firme, a menos que se cancele mediante una notificación por escrito al Director(a) de Salud de Neighborcare Health. Esta cesión y renuncia autorizan a Neighborcare Health a divulgar a la compañía de mi seguro médico, Medicare (CMS) y/o Medicaid (DSHS) cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios prestados. Por la presente, autorizo a cualquier compañía de seguros, Medicare (CMS) y/o Medicaid (DSHS) a pagarle a Neighborcare Health directamente por los servicios que me brindó. Acepto pagar en su totalidad todas las facturas que no haya cubierto el seguro médico y que queden bajo mi responsabilidad de pagar.

#### **AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA RECIBIR ATENCIÓN Y TRATAMIENTO**

Mi firma a continuación indica que entiendo y que se me asesoró de la información proporcionada en el formulario de Autorización del paciente para recibir atención y tratamiento. Comprendo que puedo solicitar una copia de este formulario.

Firma del o de la paciente y/o aval

#### **CUMPLIMIENTO DE HIPAA Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Mi firma a continuación indica que entiendo y que se me asesoró de la información proporcionada en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Neighborcare Health. Comprendo que puedo solicitar una copia de este formulario.

Firma del o de la paciente y/o aval

#### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Mi firma abajo indica que se me notificó y que comprendo la información proporcionada en los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Neighborcare Health. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario.

Firma del o de la paciente y/o aval

**ASISTENCIA CON EL IDIOMA, AYUDAS Y SERVICIOS AUXILIARES.**

Mi firma abajo indica que entiendo y se me ha informado que hay servicios gratuitos de asistencia con el idioma para pacientes de Neighborcare Health. Que también existen ayudas y servicio complementarios adecuados para facilitar información en formatos accesibles y gratuitos. Le notificaré a Neighborcare Health si necesito los servicios de asistencia en mi idioma o ayudas y servicios complementarios.

Firma del paciente y/o del garante o aval.

**RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE**