

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE SIGNATURE HEALTH

Información Personal:

Nombre del Paciente:
Fecha de Nacimiento del Paciente:
Nombre del Representante del Paciente:
Relación al Paciente:

Consentimiento Para Recibir Atención Médica

Por la presente doy consentimiento a Signature Health, Inc. y sus afiliados para que me proporcionen tratamiento y atención que puede incluir, pero no se limita a, la administración de evaluaciones, la prestación de servicios de la salud mental, tratamiento para la adicción al alcohol y a las drogas, servicios de psiquiatría, servicios geriátricos, servicios de atención primaria, servicios de la salud reproductiva y servicios del Title X, servicios dentales, los análisis de orina y evaluaciones. Es la política de Signature Health, Inc. que nuestro personal explicará los riesgos y beneficios de cada tratamiento propuesto, de tratamientos alternativos, y de no recibir tratamiento. Todos los tratamientos proporcionados por Signature Health son voluntario y no se requiere recibir servicios de ningún otro departamento, incluso los servicios del Title X, para obtener cuidado de otro departamento. En caso de que un paciente, o un representante personal de un paciente, rechace o retire el consentimiento para el cuidado, el personal deberá reafirmar el derecho del paciente a rehusar y hará esfuerzos para desarrollar enfoques alternativos en colaboración con el paciente atendido que garantice que el paciente recibe los servicios necesarios en cumplimiento con los reglamentos federales y del estado de Ohio. Nuestro personal también se esforzará por asegurar que la persona atendida comprenda las implicaciones y las consecuencias potenciales de rechazar o retirar el consentimiento. Entiendo que el personal deberá documentar el consentimiento, rechazar el consentimiento, o la retirada del consentimiento en mi expediente.

En el caso de que participe en los servicios de Telesalud, estoy de acuerdo en que la tecnología de video y auditiva se usará como un medio de acceso a los servicios, que puede incluir evaluación y tratamiento, manejo farmacológico, servicios de atención primaria, y de consejería. Conservo el derecho de ser visto en persona por un proveedor de un nivel similar. Los servicios de Telesalud puedan que incluya el uso de equipo de la agencia o mi propio equipo, tales como computadoras y webcams o teléfonos, así como la transmisión segura de Internet. Entiendo que puede haber riesgos o beneficios adicionales al recibir servicios de telesalud, incluyendo, pero no limitado a, interrupción de la transmisión por fallas de tecnológicas, interrupción y / o violaciones de confidencialidad por parte de personas no autorizadas, y / o capacidad limitada para responder a emergencias. Platicare todos los riesgos con mi proveedor y si los servicios de telesalud son apropiados para mí. Entiendo que se puede determinar que los servicios de telesalud no son apropiados y que se requiere un nivel mayor de atención. Mi proveedor determinará si los servicios de telesalud son apropiados. Conservo el derecho de ser visto en persona por un proveedor de un nivel similar. En cualquier momento, mi

proveedor puede determinar que los servicios de telesalud ya no son apropiados. Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguno de los participantes. Entiendo que debo estar presente en el estado de Ohio durante la cita de telesalud. Entiendo que Signature Health necesita saber mi ubicación en caso de emergencia. Soy responsable de asegurarme de que Signature Health tenga mi dirección actualizada en el archivo. Si no estoy en casa durante la sesión, es mi responsabilidad darle al proveedor mi ubicación actual al comienzo de la sesión.

#### Responsabilidad Financiera:

Por la presente asumo toda la responsabilidad financiera relativa a los tratamientos y servicios. Entiendo que soy responsable del pago por los servicios prestados por Signature Health, Inc. en el momento en que se prestan los servicios, pero que mi compañía de seguros puede reembolsarme por los servicios cubiertos. En el caso de que yo esté asegurado o tenga derecho a beneficios a través de Medicare, Medicaid, o un seguro de terceras partes, por la presente asigno estos beneficios a Signature Health, Inc. Autorizo la liberación de cualquier información médica.

Entiendo que soy responsable de mantener las citas programadas para mí, y de llamar por lo menos 24 horas de antelación si es necesario que cancele o re programe una cita. Entiendo que la falta de dar al menos 24 horas de aviso de cancelación resultará en una carga de la sesión.

#### La Autorización Para La Divulgación De Información:

Por la presente autorizo a Signature Health, Inc. y sus subsidiarias a que liberen y obtengan de mi compañía de seguros, la Ohio Department of Job and Family Services Medicaid Division, la oficina de Ohio Bureau of Worker's Compensation, los Centers for Medicare and Medicaid Services, y agencias del estado y del Condado cualquier información médica necesaria para los propósitos de la evaluación, del tratamiento, de la consulta, de la coordinación del cuidado y del seguimiento, y del proceso de las demandas. Entiendo que Signature Health, Inc. puede intercambiar mi información médica con otros proveedores de atención de la salud con el propósito de la continuidad de la atención y en situaciones de emergencia. Signature Health, Inc. se esforzará por proporcionar sólo la información mínima necesaria para satisfacer las necesidades de la situación.

Entiendo que mis expedientes están protegidos bajo reglamentos federales y estatales de confidencialidad y no pueden ser revelados sin mi consentimiento por escrito a menos que se estipule lo contrario en el Reglamento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en dependencia de mi consentimiento. Este consentimiento expira automáticamente 90 días después de que mi caso ha sido cerrado a menos que se especifique una fecha o condición anterior.

#### Prescripciones electrónicas:

Por la presente autorizo el uso de recetas electrónicas y la publicación de toda la información pertinente, incluyendo pero no limitado a, diagnósticos, medicamentos recetados, y la información de seguro necesaria para procesar las recetas por medio de los vendedores de recetas electrónica de Signature Health, Inc.

Firma:
Nombre en Imprenta:
Fecha:

Effective: 12/08/2023  
Owner: Compliance  
Last Revised: 12/08/2023  
Last Reviewed by DSC: 01/04/24