

SIGNATURE HEALTH CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Información Personal:

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

Consentimiento Para Recibir Atención Médica

Por la presente doy mi 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 asesoramiento, la prestación de servicios de la salud mental, de adicción a las drogas y el alcohol, psiquiatría, la atención primaria, servicios de la salud reproductiva o el Título X, análisis de orina y evaluaciones. Es la póliza de Signature Health, Inc. que nuestro personal explicará los riesgos y beneficios de cada tratamiento propuesto, de tratamientos alternativos, y de no obtener tratamiento. Todos los tratamientos proporcionados por Signature Health son voluntarios y no es necesario recibir servicios de todos los departamentos incluso del Título X para obtener atención 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 reciba 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 lo que implica y las consecuencias potenciales de rechazar o retirar el consentimiento. Entiendo que el personal deberá documentar el consentimiento, el rechazo al consentimiento, o el retiro del consentimiento en mi expediente.

En el caso de que yo 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, los cuales pueden incluir evaluaciones y el tratamiento, el manejo farmacológico, los servicios de atención primaria, y la consejería. Conservo el derecho a ser atendido en persona por un proveedor de un nivel similar. Los servicios de Telesalud pueden que incluya el uso de equipo de la agencia o mi equipo propio tales como computadoras y webcams o teléfonos inteligentes, así como la transmisión segura por Internet. Yo entiendo que puede haber riesgos o beneficios adicionales al recibir servicios de Telesalud, que incluye, pero no se limita a, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupción y/o violación de la confidencialidad por parte por parte de personas no autorizadas y/o tener capacidad limitada de poner responder a emergencias. Repasare 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 se requiere un mayor nivel de atención. Mi proveedor determinara si los servicios de Telesalud son apropiados. Conservo el derecho a ser atendido 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 ni yo ni mi proveedor grabaremos ninguna de las sesiones en línea. Yo entiendo que debo estar presente en el estado de Ohio durante una cita de Telesalud. Entiendo que Signature Health necesita saber mi ubicación en caso de emergencias. Soy

responsable de asegurar de que Signature Health tenga mi dirección más 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. Incluso los co-pagos en el momento en que se prestan los servicios. Si es que Signature Health está dentro de la red de su proveedor de seguros, Signature Health facturara a su seguro por usted. 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 necesaria para procesar reclamos a cualquier tercero pagador.

Entiendo que soy responsable de mantener las citas programadas para mí, y de llamar por lo menos 24 horas con anticipación si es necesario cancelar o reprogramar una cita. Entiendo que la falta de dar al menos 24 horas de aviso de cancelación resultará en una carga por la sesión, de pende el tipo de sesión es lo que se cobrara.

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, a la Division de Ohio Department of Job and Family Services Medicaid, la oficina de Ohio Bureau of Worker's Compensation, los Centros de servicios de Medicare y Medicaid y/o a las agencias del estado y del Condado cualquier información médica necesaria con el propósito de la evaluación, tratamiento, consulta, de la coordinación del cuidado y del seguimiento, y del proceso de tramitar reclamaciones. 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 más temprana o una condición especificada.

Recetas electrónicas:

Es la póliza de Signature Health, Inc. de enviar las recetas electrónicamente siempre que sea posible. Por la presente autorizo el uso de recetas electrónicas y la divulgación 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 distribuidores de recetas electrónicas de Signature Health, Inc.

Firma:
Nombre del Paciente:
Fecha: