

Formulario de Consentimiento para Tratamiento/Facturación e Información de Privacidad

Gracias por elegir Riverland Community Health. Revise el formulario a continuación para que podamos brindarle la mejor atención, facturar adecuadamente y compartir su información de forma segura.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento y autorizo a mi(s) proveedor(es) de Riverland Community Health a tratarme a mí o a mi dependiente. Entiendo que esto podría incluir análisis de laboratorio (en colaboración con Quest Diagnostics), radiografías, vacunas, prescripción y/o administración de medicamentos, educación, otras pruebas diagnósticas o intervenciones de salud conductual. Entiendo que mi proveedor está disponible para explicarme el tratamiento y tengo derecho a rechazarlo. Entiendo que este consentimiento será válido y permanecerá vigente mientras asista a Riverland Clínica.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente, autorizo a Riverland a divulgar cualquier información obtenida durante mi examen y tratamiento a cualquier agente autorizado para fines de atención médica, tratamiento y pago. Autorizo la divulgación de información médica, dental y/o de salud conductual a mis aseguradoras según sea necesario para la determinación y el pago de beneficios; a organizaciones, empresas y recursos comunitarios de revisión de utilización y estándares profesionales que me asisten con mis necesidades de atención médica.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE REGISTROS MÉDICOS PARA INVESTIGACIÓN

Autorizo a Riverland Community Health a usar o divulgar mis registros médicos para investigación. Esto incluye los registros médicos creados por Riverland Community Health y cualquier registro que Riverland Community Health reciba de otros proveedores de atención médica durante mi tratamiento, a menos que marque aquí.

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

Riverland cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). He visto/recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Riverland.

CONSENTIMIENTO PARA LA FACTURACIÓN, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y PAGO

Autorizo a Riverland a presentar una reclamación a mi aseguradora por los servicios prestados. Autorizo el pago de beneficios directamente a Riverland por los servicios prestados a mi dependiente o a mí. Entiendo que soy responsable de cualquier parte de los cargos que no cubra o pague mi seguro, y se me facturarán directamente dichos servicios.

** Si no tiene seguro médico, tenga en cuenta que su cuenta es su responsabilidad. A ningún paciente se le negarán servicios por su incapacidad de pago. Se ofrecen descuentos para servicios esenciales según los ingresos y el tamaño del hogar, en comparación con las pautas federales de pobreza vigentes. Para obtener más información, consulte. El padre, madre o tutor legal de un padre menor de edad (menor de 18 años) es responsable del pago de la cuenta del menor. **

RECONOCIMIENTO DE BIENES PERSONALES

Entiendo que Riverland no será responsable de la pérdida o daño de cualquier propiedad personal.

APLICACIONES DE TERCEROS

Doy mi consentimiento para que mis proveedores utilicen un servicio de voz que registra automáticamente las visitas de los pacientes en el historial médico. Esto significa que mi visita quedará grabada, lo que permitirá a mi proveedor dedicar más tiempo a mis necesidades de atención médica. El proveedor externo gestiona la información de forma segura, siguiendo los protocolos de privacidad y seguridad. Para cancelar, marque aquí:

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Riverland participa en el Intercambio Electrónico de Información Médica (HIE, por sus siglas en inglés) para mejorar la calidad de su salud y su experiencia en atención médica. HIE nos proporciona una manera de compartir electrónicamente, de forma segura y eficiente, la información clínica de nuestros pacientes con otros médicos y profesionales de la salud que participan en la red de HIE. Usar HIE ayuda a sus profesionales de la salud a compartir información de forma más eficaz y a brindarle una mejor atención. Para cancelar, marque aquí:

LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD

Se nos permite o exige, en circunstancias específicas, usar o divulgar información médica protegida sin su autorización escrita: impulsos suicidas (representar un peligro para sí mismo), impulsos homicidas (representar un peligro para otros), órdenes judiciales/citaciones, abuso/negligencia infantil y abuso/negligencia de personas mayores o adultos vulnerables.

BENEFICIOS/RIESGOS DEL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Los posibles beneficios incluyen mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, una mejor comprensión de sí mismo y alivio de emociones desagradables. Puede haber algunos riesgos, como, entre otros, abordar experiencias emocionales dolorosas, ser cuestionado o confrontado sobre un tema en particular o sufrir inconvenientes.

Si tiene una crisis de salud mental o necesita hablar con alguien, llame a la Línea de Prevención del Suicidio al 800-273-TALK (8255) en cualquier momento, llame al 911 o acuda al servicio de urgencias del hospital más cercano; están aquí para ayudarle.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Si llega más de 10 minutos tarde, su cita será cancelada. Si necesita cancelar su cita, llámenos y avísenos para que podamos reprogramarla y continuar atendiendo a otros pacientes de manera oportuna. Si no se presenta a 3 citas o cancela 3 con menos de 2 horas de anticipación, solo podrá programar citas sin cita previa durante el próximo año.

CONSULTAS DE TELESALUD

1. El proveedor de atención médica o especialista que me atienda estará en una ubicación diferente a la mía. Me conectaré a la consulta virtual desde casa.
2. Se me informará si habrá personal adicional presente además de mí, mis acompañantes y el médico o especialista.
3. El proveedor de salud mantendrá un registro de la consulta en mi expediente médico.

4. Divulgación de Información: (Riverland) y/o proveedores de salud que provean sus servicios profesionales al paciente están autorizados para divulgar información médica de mi expediente al doctor que se me ha referido, si alguno, y a cualquier compañía de seguro médico o tercer persona a pagar con el propósito de obtener pago de la cuenta. (Riverland) está autorizado a divulgar información de mi expediente médico cualquier otra entidad de cuidados de salud o proveedor de salud al cual se haya transferido mis cuidados médicos.

5. Yo voluntariamente doy consentimiento a los servicios que me provee mi doctor(es) o a quien el designe, lo que puede incluir exámenes de diagnóstico, medicamentos, y exámenes.

6. Entiendo que tengo la opción de revocar el servicio de Telehealth en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a cuidados o tratamientos a futuro y sin el riesgo de perder mis beneficios. No es necesario que conteste cualquier pregunta que yo considere inapropiada o que no esté dispuesto(a) a que otras personas escuchen.

7. Entiendo que, si decido no participar en la sesión de telemedicina, no se tomara acción en mi contra que cause retraso en mis cuidados de salud y que aun pueda conseguir mediante una consulta cara a cara.

8. Entiendo que al igual que con cualquier tecnología, telemedicina tiene sus limitaciones. Por lo tanto, no hay garantía de que la sesión de telemedicina elimine la necesidad de que yo sea atendido por un especialista en persona.

CONSENTIMIENTO GENERAL DENTAL

Doy autorización para un dentista, terapeuta dental, higienista y/o cualquier asociado o asistente que el/ella designe para llevar a cabo procedimientos que sean necesarios o sean aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor de edad o individuo por el cual soy responsable, incluyendo la administración de cualquier sedante (incluido óxido nitroso), analgésicos, fármacos terapéuticos y/u otros agentes, incluidos aquellos relacionados con la restauración, terapia, o tratamientos de cuidados paliativos y quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestesia local pudiera ocasionar una reacción adversa o efectos secundarios, que pudieran incluir, pero no se limitan a moretones, hematomas, estimulación cardíaca, músculos adoloridos, y temporal o raramente adormecimiento permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas se quiebren y requiera un rescate quirúrgico. Ocasionalmente gotas de la anestesia pudieran estar en contacto con los ojos o tejido facial y causar irritación temporal.

Entiendo que, como parte del tratamiento dental, incluidos los cuidados preventivos como una limpieza y cuidados dentales básicos, y los rellenos de todo tipo, los dientes pudieran permanecer sensibles o hasta posiblemente adoloridos tanto durante como después de completar el tratamiento. Los materiales dentales y los medicamentos pudieran provocar reacciones alérgicas o reacciones de sensibilidad.

Después de citas de larga duración, los músculos de las quijadas pudieran estar adoloridos o sensibles.

Sostener la boca abierta pudiera ocasionar, en un paciente predispuesto, un trastorno temporomandibular precipitado.

Las encías y los tejidos de alrededor pudieran estar sensibles o adoloridos durante y/o después del tratamiento. Aunque raro, también pudiera suceder que tanto la lengua, cachetes u otros tejidos bucales lleguen a estar dañados o lacerados (troceados) inadvertidamente durante procedimientos dentales de rutina. En algunos casos, tal vez se requiera el uso de puntos de sutura o tratamientos adicionales.

Entiendo que objetos del tratamiento dental incluidos, pero no limitados a coronas, instrumentos dentales pequeños, componentes del taladro, etc. pudieran llegar a ser aspirados (inhalados al sistema respiratorio) o tragados. Esta situación inusual pudiera requerir una serie de rayos-x para ser atendidos por un médico y/o

hospital y puede, en casos muy raro, requerir una broncoscopia y otros procedimientos para asegurar la remoción de forma segura de dicho objeto.

Entiendo la necesidad de comunicar al dentista cualquier medicamento con receta que este tomando o que haya tomado en el pasado, como Phen-Fen. Entiendo también que tomar medicamentos recetados para la prevención de la osteoporosis, como Fosa Max, Boniva o Actonel, pudiera resultar en complicaciones de quijadas o huesos que no sanen después de cualquier cirugía oral o extracción.

Yo voluntariamente asumo cualquier y todo posible riesgo, incluido el riesgo de daño sustancial, si acaso, que pudiera estar relacionado con el tratamiento general preventivo y/ u operativo en espera de obtener los resultados potencialmente deseados, que pudieran o no ser adquiridos, a mi beneficio o beneficio de hijo(a) menor o tutelado.

© 2018 Asociación Dental Americana. Todos los derechos reservados

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito; sin embargo, mi revocación no se aplicará a la información ya utilizada o divulgada en virtud de este consentimiento. Acepto que se utilice una copia de este consentimiento en lugar del original. También entiendo que, si me niego a firmar este consentimiento o lo revoca, esta organización podría no poder prestarme servicios.

Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto el contenido de este formulario.

Firma _____ Fecha _____

Paciente o Representante del paciente (nombre en letra del molde)

Si no es el paciente: Relación con el paciente: _____
