

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO**   
  
Doy mi consentimiento para que Community Health Center, Inc. ("CHC") me realice a mí o realice a mi hijo menor de edad un tratamiento. Entiendo que, si estoy completando este consentimiento en nombre de mi hijo, "yo", "mí" o "mío" se refiere a mi hijo. Comprendo que doy mi consentimiento para recibir tratamientos preventivos o servicios que se consideran necesarios o son recomendables para mí. Entiendo que tengo derecho a rechazar intervenciones, tratamientos, atención, servicios, pruebas o medicamentos en la medida en que la ley lo permita. Entiendo que la atención que recibiré puede incluir pruebas voluntarias (incluida la prueba del VIH), medicamentos, inyecciones, entre otros, que se basan en criterios médicos establecidos, pero no están exentos de riesgos, y que se me informará de dichos riesgos antes de que acepte cualquier prueba, medicamento, inyección, etc. Entiendo que los estudiantes y practicantes profesionales de la salud pueden participar en mi atención bajo la supervisión del personal de CHC.  
  
**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**  
  
Autorizo a CHC a usar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, disponer o coordinar mi tratamiento de atención médica; (2) mantener mi información médica en un sistema electrónico de registros de salud y utilizar tecnología segura para mejorar la prestación de atención médica; (3) permitir que CHC obtenga el pago por los servicios que me proporciona; y (4) permitir que CHC lleve a cabo operaciones comerciales y de atención médica ordinarias, como garantía de calidad, planificación de servicios y administración general.  
  
Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir información sobre: (1) VIH o SIDA; (2) tratamiento por alcohol o drogas; (3) salud psiquiátrica o conductual; (4) enfermedades de transmisión sexual; (5) planificación familiar, embarazo y aborto. Soy consciente y acepto que CHC puede compartir información con mis otros proveedores médicos para el tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.  
  
Autorizo a CHC a solicitar y usar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que yo revoque el consentimiento. Para revocar el consentimiento en cualquier momento, hablaré con un asociado de servicios al paciente de CHC.  
  
**CESIÓN DE BENEFICIOS**  
  
Cedo a CHC todos los beneficios a los que pueda tener derecho de parte de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros u otros terceros que puedan ser financieramente responsables por la atención médica y el tratamiento proporcionados por CHC. Autorizo la divulgación de la información requerida por la compañía de seguros para fines de facturación y reconozco que se debe proporcionar una prueba de cobertura de seguro para que CHC presente un reclamo de seguro en mi nombre. Estoy de acuerdo en que cualquier beneficio pagado por mi compañía de seguros será pagado a CHC. Acepto notificar a CHC de inmediato sobre cualquier cambio en mi seguro.

**OBLIGACIONES FINANCIERAS**  
  
Acepto que, salvo que esté limitado por ley o por acuerdos de CHC con terceros pagadores, en caso de falta de pago de parte de mi seguro para el cual he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios prestados en las instalaciones de CHC de acuerdo con las tarifas y los términos de CHC vigentes en la fecha del servicio. También acepto que soy responsable de cualquier copago, coseguro o deducible aplicable. Entiendo que, si no proporciono la información solicitada a mi compañía de seguros o a CHC, CHC se reserva el derecho de facturarme los servicios y solicitar que abone la tarifa total. Entiendo que la falta de pago tendrá como resultado una revisión completa, que incluye una revisión de todas las opciones disponibles para mí, como un plan de pago o una reducción de tarifas, y, en algunos casos, puede resultar en la terminación de la práctica.

Entiendo que tengo acceso al plan de pagos, a la reducción de tarifas y al programa de descuento de la escala móvil de tarifas de CHC para los cargos sobre la base de mis ingresos, y acepto notificar a CHC de inmediato sobre cualquier cambio en mis ingresos. Entiendo que debo hablar con un asociado de servicios al paciente de CHC si tengo preguntas sobre el programa de descuentos de escala móvil de tarifas.

**COMUNICADO DE CONTACTO**  
  
CHC se pone en contacto con los pacientes de forma rutinaria por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto y/o correo postal para recordarles acerca de las citas; para notificarles los resultados de las pruebas disponibles y recomendaciones de exámenes, pruebas y vacunas de rutina; para preguntar acerca de las facturas y el seguro; y para informarles sobre otros programas y servicios de CHC.

Al proporcionarle a CHC un número de teléfono celular, reconozco que doy mi consentimiento para recibir los tipos de mensajes de texto antes mencionados.  Comprendo que puedo cambiar mis preferencias de comunicación en cualquier momento hablando con un asociado de Servicios para pacientes de CHC.

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Mi firma electrónica a continuación significa que me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) de CHC y que puedo acceder a una copia en cualquier momento en https://www.chc1.com/privacy-statement/. El NPP describe cómo CHC puede usar o divulgar información médica sobre mí, mis derechos relacionados con mi información médica y cómo presentar una queja si considero que mis derechos han sido violados. He tenido la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre el Aviso de prácticas de privacidad de CHC.

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD**  
  
El intercambio de información de salud (health information exchange, HIE) le permite a CHC compartir información clínica a través de una plataforma electrónica con otros médicos, enfermeros, hospitales, centros de atención médica, aseguradoras y entidades gubernamentales cuando lo permita la ley. Los HIE proporcionan acceso en tiempo real a la información de salud, lo que podría resultar útil en una emergencia y, en general, mejorar la coordinación y la calidad de la atención. CHC participa en el HIE exigido por el estado, conocido como CONNIE, y con los HIE nacionales asociados con su sistema de registros electrónicos de salud.

*HIE exigido por el estado*

Connecticut requiere que todos los proveedores de atención médica participen en el intercambio de información de salud del estado (CONNIE). De acuerdo con la ley estatal, todos los pacientes se incluyen automáticamente en el CONNIE. Esto significa que, a menos que un paciente opte por que no se comparta la información de ese paciente a través del CONNIE, la información del paciente se compartirá a través de este con otros proveedores tratantes, agencias estatales y aseguradoras, según lo permita la ley. La única forma de optar por no participar en este HIE es a través del CONNIE directamente. Entiendo que puedo elegir no participar del CONNIE visitando <https://connect.conniect.org/OptoutForm> o llamando al 866-987-5514.

Información confidencial, incluida información sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), salud conductual y trastornos por abuso de sustancias (información confidencial) no se compartirá con el CONNIE sin mi consentimiento. Comprendo que puedo dar mi consentimiento para compartir mi información confidencial marcando la casilla a continuación. Dejaré la casilla vacía si no deseo participar.

*HIE asociados con el sistema de registros electrónicos de salud*

El sistema de registros electrónicos de salud (health record system, EHR) de CHC participa en los HIE nacionales (HIE del EHR). Estos HIE del EHR ayudan a brindar la mejor atención posible al permitir que los proveedores fuera de CHC que también usan el mismo EHR puedan ver la información clínica de los pacientes cuando sea relevante.

Al marcar la casilla a continuación y aceptar participar en los HIE del EHR, entiendo que los proveedores de atención médica y el personal autorizado que participan en los HIE del EHR podrán acceder a mi información de salud de manera más efectiva y precisa. Entiendo que la información compartida puede incluir información confidencial como VIH/SIDA, salud conductual e información sobre trastornos por abuso de sustancias (información confidencial).

Entiendo que, si deseo participar en los HIE del EHR y que CHC comparta mi información, incluida la Información confidencial, marcaré la casilla que se proporciona a continuación. Dejaré la casilla vacía si no deseo participar.

*Consentimiento para compartir con HIE*

***Si desea que CHC comparta su información confidencial con el CONNIE y si desea que CHC comparta su información, incluida la información confidencial, con los HIE del EHR, indique su consentimiento marcando la casilla a continuación. Si deja la casilla en blanco o sin marcar, CHC no compartirá información confidencial con el CONNIE ni ninguna información con los HIE del EHR.***

□ Estoy de acuerdo en permitir que CHC comparta mi Información confidencial con el CONNIE y mi información, incluida la Información confidencial, con los HIE del EHR.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Entiendo que CHC prohíbe la discriminación por motivos de edad, raza, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, condición socioeconómica, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género. Como paciente, tengo derecho a lo siguiente:

* Ser tratado con dignidad y respeto por todo el personal y los proveedores.
* Que mi tratamiento y otra información médica se mantengan confidenciales, excepto en caso de emergencia o si lo dispone la ley.
* No haber participado de discriminación ilegal.
* Recibir servicios de un proveedor que haya cumplido con los requisitos de capacitación y experiencia requeridos por la ley estatal.
* Estar informado sobre el costo de los servicios de atención médica antes de recibir los servicios.
* Acceder a mis registros de acuerdo con la ley.
* Participar en la planificación del tratamiento.
* Rechazar cualquier servicio o tratamiento, a menos que sea ordenado por un tribunal.
* Presentar las quejas a CHC, a mi proveedor y/o al Departamento de Salud Pública.
* Terminar la relación proveedor-paciente en cualquier momento.
* Recibir derivaciones apropiadas a otros proveedores cuando se solicite, así como en el caso de una terminación del paciente.

Las siguientes son mis responsabilidades como paciente:

* Tratar con dignidad y respeto al personal y proveedores diversos de CHC, así como a otros pacientes y visitantes.
* No participar en comportamientos inapropiados, agresivos, acosadores, violentos, abusivos o amenazantes (por ejemplo, groserías, gritos, insultos, violencia física, daños a la propiedad, amenazas de violencia, etcétera).
* Seguir las políticas y procedimientos de CHC y las instrucciones del personal mientras esté en CHC.
* Plantear cualquier inquietud o pregunta al proveedor con respecto a mi tratamiento o los servicios que recibo.
* Seguir el plan de tratamiento que mi proveedor y yo acordamos e informarle a mi proveedor si el plan de tratamiento ya no funciona para mí.
* Asistir a mis citas y llegar a tiempo.
* Ponerse en contacto con CHC lo antes posible si necesito cancelar una visita.
* Garantizar que los menores sean acompañados a las visitas.
* Pagar mi copago, coseguro o cualquier monto adeudado al momento de la visita.
* Notificar a CHC sobre cualquier cambio en los ingresos si participo en el programa de descuentos de escala móvil de tarifas.

**Al escribir electrónicamente mi nombre a continuación, reconozco que he leído y comprendo la información anterior.**

**Firma del paciente o tutor legal Fecha**

**Nombre, en letra de imprenta, del paciente o tutor legal \*\*Si no es el paciente, el padre o la madre, se debe proporcionar prueba de autoridad legal\*\***