



AUTORIZACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, FINANCIACIÓN, HIPAA, SALUD REPRODUCTIVA & CUIDADOS CENTRADOS DEL PACIENTE EN CASA

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente (FDI)

FINANCIACIÓN Y TRATAMIENTO

Yo autorizo el tratamiento de la persona mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera para todos los tratamientos proporcionados. Autorizo al Neighborhood Health Center el proporcionar toda la información necesaria a mi seguro médico para procesar los reclamos de seguro y asigno al Neighborhood Health Center todos los beneficios de la aseguradora asignados hacia mí en la extensa completa a mis obligaciones financieras. Una fotocopia o imagen escaneada de esta autorización deberá considerarse tan válida como la original.

RECONOCIMIENTO DE LAS NOTIFICACIONES DE HIPAA

Yo reconozco el haber recibido las Prácticas de las Normas de Privacidad del Neighborhood Health Center

CONSENTIMIENTO PARA LOS CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIOS EN EL HOGAR CENTRADOS EN EL PACIENTE

La atención primaria de su salud en casa coordinara mejor nuestros cuidados para ayudarle a obtener los servicios que usted necesite, escuchara sus preocupaciones, responderá sus preguntas, ofrecerá ayuda fuera de horario regular le brindara alternativas a la sala de emergencia y le ayudara a jugar un papel activo en su salud. He leído y entendido la información acerca de los Cuidados de Salud en el Hogar Centrados en el Paciente y doy mi permiso para formar parte del Hogar Medico del Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Cuando busque servicios de salud reproductiva del Neighborhood Health Center, yo entiendo que estoy recibiendo estos servicios voluntariamente.

Yo entiendo que estos servicios podrían incluir:

- Consejería de control en natalidad de salud reproductiva, embarazarse, embarazos saludables, y otros temas que sean necesarios;
- Proporcionar un método de control anticonceptivo;
- Una visita de un proveedor para una receta médica y quizás un examen físico;
- Pruebas y/o tratamientos para infecciones de transmisión sexual(ITS);
- Pruebas de cáncer cervical, embarazos y/o otros problemas de salud; y
- Referencias para otros servicios, si son necesarios.

(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el formulario de consentimiento)

Entiendo que todos los servicios serán explicados y que puedo hacer preguntas.

Entiendo que yo podría recibir información acerca de métodos de control de natalidad. Puedo hacer preguntas y rechazar cualquier método anticonceptivo que no quiera utilizar.

Entiendo que no se me negará cuidados si deba dinero de otras visitas.

Entiendo que estos servicios no incluyen cuidados de 24 horas, y que, en caso de una emergencia médica, necesitare dirigirme a una sala de emergencia y pagar sus costos.

Entiendo que mis registros médicos y los servicios que reciba son privados, excepto:

- Si un juez emite una orden de mis registros. El Neighborhood Health Center está obligado por la ley a otorgar los registros al tribunal.
- Si tengo una enfermedad reportable, El Neighborhood Health Center estará obligado a reportarlo al Departamento de Salud de Oregon.
- El estado de Oregon requiere a todo el personal del Centro de salud del vecindario reportar cualquier abuso a personas vulnerables, incluyendo niños, ancianos, personas con problemas de salud mental, discapacidad de desarrollo o que vivan en un centro de cuidado a largo plazo al departamento de servicios humanos del que haya sido testigo o se haya enterado dentro o fuera de Neighborhood Health Center.
- Entiendo que yo puedo escoger no hablar de información sensible, como la edad(es) de las parejas sexual(es), y que aun así obtendré los servicios.

Entiendo que, si recibo servicios de salud reproductiva aquí, todavía puedo solicitar u obtener servicios de otros programas. Si yo obtengo cuidados de otros programas, yo aún poder recibir servicios en el Neighborhood Health Center.

SERVICIOS DENTALES

Yo entiendo que Neighborhood Health Center trabaja en sociedad con diferentes Instituciones académicas y que puedo ser atendido por un estudiante o practicante externo que está bajo la directa supervisión de un profesional con licencia en Neighborhood Health Center. Yo autorizo a Neighborhood Health Center, sus profesionales y socios para proporcionar dicho tratamiento y esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Representante del Paciente (Si el Paciente es menor de 18)

Fecha

Relación del Representante