

Consentimiento al tratamiento y autorización de pago

Consentimiento a la evaluación y/o tratamiento

Yo, en nombre propio (o el paciente nombrado a continuación) con el presente acepto y autorizo la evaluación, prueba y/o tratamiento (por ejemplo, médico, dental, salud conductual) que puede incluir la administración de exámenes, tratamientos, terapia, asesoramiento, procedimientos de diagnóstico, procedimientos médicos, y procedimientos dentales que los proveedores del Centro de Salud Comunitario de Kenosha (Kenosha Community Health Center (KCHC) / Pillar Health me han informado y consideran clínicamente (médico, dental, salud conductual) adecuados y/o necesarios. Entiendo que tengo la responsabilidad de participar en la discusión relacionada con mi plan de tratamiento y que planifico participar en la creación y revisión continua de este plan como sea necesario.

Entiendo que los proveedores de cuidado de salud que están recibiendo capacitación, pueden, bajo la supervisión del personal adecuado, participar en mi tratamiento. El tratamiento se ofrecerá dentro de los límites de la ley de Wisconsin para los servicios médicos, dentales, higiene dental, psicológico, psiquiátrico, enfermeras, trabajador social, asesoramiento profesional, o terapia para matrimonios o familiar.

Entiendo que antes de recibir el tratamiento, que podría incluir medicamentos y/o vacunas, yo recibiré información específica, completa y precisa relacionada con el tratamiento propuesto incluida la información sobre la manera en la cual se administrarán el tratamiento de salud, los beneficios, los efectos secundarios y los riesgos, modos de tratamiento alternos y las probables consecuencias de no recibir el tratamiento. Entiendo que todas las vacunas se ingresarán en el Registro de Vacunación de Wisconsin (WIR). Tendré el tiempo para estudiar la información o buscar información adicional relacionada con el tratamiento o los servicios propuestos. Si el tratamiento propuesto incluye el uso de sustancias reguladas, entiendo que los medicamentos no se surtirán antes de lo esperado y no se reemplazarán si se pierden o se roban. Entiendo que tengo el derecho de retirar el consentimiento informado en cualquier momento por escrito.

Entiendo que mi proveedor puede ofrecer las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento con las cuales no estoy de acuerdo. Entiendo que KCHC/Pillar Health no puede garantizar los resultados de la evaluación y/o el tratamiento. No obstante, habrá documentación clara de las justificaciones para el nivel de funcionamiento, metas y objetivos para continuar o discontinuar el tratamiento.

Entiendo que este consentimiento para evaluar y/o tratar caducará en 12 meses desde la fecha de la firma salvo que se especifique de otra manera.

Consentimiento para Telesalud

Para mejor servir a los propósitos de las necesidades de la comunidad, los servicios de cuidado de salud están disponibles por las comunicaciones de video interactivo usando MyChart Virtual Visit (Mi historia médica y Visita Virtual). Esto puede asistir con su evaluación, diagnóstico, gestión y tratamiento de las varias necesidades de cuidado de salud. Este proceso se refiere a una «visita virtual», «telemedicina» o «telesalud». Esto significa que puede registrarse en Mi Historia Médica (My Chart) desde su hogar y ser evaluado por un proveedor de cuidado de salud o especialista de cualquier ubicación, como ser una clínica. Dado que esto puede ser distinto al tipo de consulta con la cual está familiarizado, es importante que entienda y acepte las siguientes declaraciones: 1) Si la consulta del proveedor de cuidado de salud o especialista se celebrara en una ubicación distinta de la mía, aceptaré una visita virtual desde mi hogar. 2) Recibiré información si cualquiera de los empleados del personal de salud adicionales estuvieran presentes aparte de mí, individuos que me acompañan y el médico clínico o especialista. Presentaré mi permiso verbal antes de que ingrese a trabajar el personal de salud adicional. 3) El

proveedor mantendrá un registro del procesamiento de información del nuevo personal de salud. 4) Entiendo que tengo la opción de rechazar el servicio de telesalud en cualquier momento sin afectar el derecho a recibir cuidado de salud o tratamiento en el futuro y sin el riesgo de perder beneficios. No tengo que responder a ninguna pregunta que considere que no es apropiada o que no haya estado dispuesto a escuchar de otras personas. 5) Entiendo que en relación con cualquier tecnología, la telemedicina tiene sus limitaciones. No hay una garantía, entonces, que esta sesión de telemedicina eliminará mi necesidad de observar un especialista en persona. **6) Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telemedicina, no se tomará ninguna acción en contra de mi persona que cause una demora en mi cuidado de salud y que pueda continuar a recibir consultas en persona.**

Confidencialidad, daño e investigación:

La información de mi evaluación y/o tratamiento está incluida en un registro confidencial en KCHC/Pillar Health y acepto la divulgación para el uso por el personal de KCHC/Pillar Health para el propósito de la continuidad del cuidado de salud. Conforme a la ley de salud mental de Wisconsin, la información suministrada se mantendrá en base confidencial con las siguientes excepciones: 1) si se considera que presento un peligro a mí mismo y a otras personas; 2) si hay cuestiones sobre alguna posible persona mayor o niño(a) (menos de 18 años de edad) abuso o negligencia; 3) si una orden del tribunal se emite para obtener registros; 4) consulta interna para la coordinación de cuidado de salud; 5) propósitos de investigación interna anónima; y 6) para los propósitos de facturación.

Servicios de interpretación:

Entiendo que tengo el derecho a recibir los servicios de un intérprete (lenguaje de signos o hablado), si es necesario.

Manual del Paciente

Entiendo que puede tener acceso a la información que me han ofrecido en el Manual del Paciente luego de su solicitud en cualquier momento.

El contenido incluido en el manual del paciente incluye:

- Facturación, pagos, referencias, e información de registración
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Responsabilidades financieras
- Precios de medicamentos y resurtidos de medicamentos con descuento
- Políticas de medicamentos
- Pérdida de citas (por no asistir a ellas) y citas programadas dos veces
- Razones por los síntomas de depresión del paciente
- Acuerdo del centro de atención médica centrado en el paciente (PCMH)
- Notificación del consumidor sobre prácticas de información de salud (Ley de Responsabilidad y Transferabilidad del Seguro de Salud (HIPAA))
- Notificación de prácticas privadas
- Planilla de honorarios móviles

Pago:

Entiendo que soy responsable de mis propias facturas. Como una cortesía, KCHC / Pillar Health le enviará los cargos a mi compañía de seguros. Yo soy responsable de cualesquiera de los cargos no cubiertos por mi seguro,

incluido los co-pagos y deducibles. Si no tengo seguro, se me requerirá programar los pagos con KCHC/Representante II/III de Acceso al Paciente de Pillar Health (Asesor Financiero).

Los honorarios se basan en la duración o el tipo de evaluación o tratamiento que se determina por la naturaleza del servicio. Se me ofrecerá la oportunidad de hablar sobre mi cobertura de seguro con un- Representante II/III de Acceso al Paciente antes de mis citas. Soy responsable de mantener a KCHC/Pillar Health informada sobre las actualizaciones de la información sobre cualquier cambio de seguros.

Con el presente acepto pagar el total de todo el balance en mi cuenta de acuerdo con las políticas de pagos y créditos de KCHC/Pillar Health, que pueden incluir honorarios de abogados razonables. El balance adeudado incluye las disposiciones establecidas por mi empresa de seguro como ser co-pagos, deducibles y los prestaciones usuales y habituales. KCHC/Pillar Health se reserva el derecho de cambiar los honorarios y políticas sin notificación.

Entiendo que si el balance de mi cuenta es superior a 90 días, KCHC/Pillar Health puede enviar mi cuenta a una compañía de colección de deuda que puede ponerse en contacto conmigo para coleccionar el balance y llevar a cabo otros esfuerzos de colección.

Autorización de pago:

Autorizo el pago de cualesquiera de los beneficios de seguro de salud directamente a *Kenosha Community Health Center (KCHC)/Pillar Health* para los servicios que me ofrecieron a mí o a mi dependiente. Esta autorización es aplicable a cualquier beneficio de seguro que estaba en vigor en el momento que se suministraron los servicios.

Firmas:

Con mi firma a continuación, yo reconozco que he leído, entendido, y aceptado cumplir los términos de este formulario de consentimiento. Yo he tenido la oportunidad de formular preguntas y mis preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria. Yo soy un paciente o el padre, tutor legal, o representante autorizado, y yo he leído y entendido los términos antes mencionados, he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre esta información y acepto la evaluación y el tratamiento para mi mismo o el paciente.

Firma del paciente

Firma del padre/tutor: