



Coloque la etiqueta aquí

CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE HEALTHFIRST BLUEGRASS

En HealthFirst Bluegrass, creemos que las personas alcanzan su mayor nivel de bienestar cuando cuidan tanto su salud física como la emocional. Para esto, nuestros equipos de tratamiento cuentan con personal médico y de conducta que trabajará con usted. Los miembros de su equipo de tratamiento tendrán acceso a sus registros de salud y compartirán la información clínica entre ellos según sea necesario.

HealthFirst Bluegrass utilizará sus declaraciones, antecedentes médicos y otra información clínica para evaluar sus necesidades y recomendar el mejor plan de atención. El tratamiento puede incluir evaluaciones, exámenes, exámenes de laboratorio, tratamiento, medicamentos, servicios de conducta y otros estudios o procedimientos que el personal profesional de HealthFirst Bluegrass considere necesarios o adecuados. La atención de salud no es una ciencia exacta y no se entregan garantías en cuando al resultado de los exámenes o tratamientos. Consulte con su equipo de tratamiento todas las dudas sobre riesgos y beneficios de los tratamientos recomendados.

La evaluación médica en HealthFirst Bluegrass también puede incluir examen para detectar infección por VIH, Hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por sangre o fluidos corporales. Estos exámenes pueden ser necesarios para el diagnóstico, ayudar en su tratamiento médico o si un trabajador de atención de salud está expuesto a su sangre, fluidos o tejidos corporales.

Podrían solicitar a HealthFirst Bluegrass compartir su información si se cumplen ciertas condiciones legales. HealthFirst solo compartirá su información cuando lo exija la ley y solo compartirá la cantidad mínima necesaria. Para obtener más información, consulte el Formulario de Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthFirst. HealthFirst Bluegrass divulgará sus registros a su proveedor de seguros para la facturación y administración del caso.

Algunos servicios en HealthFirst Bluegrass podrían incluir el uso de equipos de telemedicina, donde el proveedor del servicio sería externo. Estas sesiones se realizan a través de líneas seguras, exclusivas y de alta velocidad según las pautas, reglamentos y leyes vigentes. No quedan registradas en video, dirigidas por la Internet ni guardadas de ninguna forma. Se le tomará una foto para su historia clínica. También le podrían tomar una foto para fines de documentación clínica. Las fotos quedan registradas en su historia clínica.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS: ¿Está de acuerdo con que HealthFirst Bluegrass utilice un mensaje telefónico automático para recordarle su cita (solo se indicará la hora, fecha y ubicación)?

Coloque sus iniciales Sí _____ No _____

¿Está de acuerdo con que HealthFirst Bluegrass se comunique con usted con recordatorios de sus citas y comunicaciones generales a través de mensajes de texto o correos electrónicos?

Coloque sus iniciales Sí _____ No _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Mi firma a continuación confirma mi identificación e indica que doy mi consentimiento para el tratamiento. Si firmo en nombre de un menor de edad, mi firma confirma que soy el padre o tutor legal y doy mi consentimiento para el tratamiento del menor de edad. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado. Para finalizar este consentimiento, debo hacerlo por escrito.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante legal _____

Fecha _____

Relación con el paciente _____