



Formulario de Consentimiento

Place Label Here

Consentimiento para la atención:

El consentimiento no caducará hasta que se le notifique por escrito a la clínica que desea revocarlo.

En HealthFirst Bluegrass (HFBG) nuestro objetivo es ayudar a los pacientes a alcanzar su nivel máximo de bienestar. Para ello, nuestros equipos de proveedores están compuestos por una variedad de profesionales que trabajan en colaboración para mejorar tanto la salud física como la emocional. Independientemente de la especialidad (médica, dental y conductual), los equipos de proveedores de HFBG proporcionarán la información del paciente cuando sea clínicamente necesario..

Otorgo mi consentimiento para _____
NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO N.º DE SEGURO SOCIAL

Para recibir cualquiera de los siguientes servicios en las clínicas de HealthFirst Bluegrass, Inc.:

1. El tratamiento puede incluir pruebas de detección, exámenes, pruebas de laboratorio, tratamiento, medicamentos, servicios conductuales y cualquier otro estudio o procedimiento que el personal profesional de HealthFirst Bluegrass decida que es necesario o apropiado.
2. La evaluación médica en HealthFirst Bluegrass también puede incluir pruebas para detectar la infección por VIH, la hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por la sangre o los fluidos corporales. Estas pruebas pueden ser necesarias para el diagnóstico; para ayudar en su tratamiento médico, o si un trabajador de la salud está expuesto a su sangre, fluidos corporales o tejidos.

Otorgo mi consentimiento para que el personal de HealthFirst Bluegrass, Inc., realice lo indicado a continuación:

1. Obtener y/o compartir información y registros de los centros externos, incluidos consultorios de atención primaria, especialistas, sistemas hospitalarios, agencias, profesionales privados, etc., con el fin de proporcionar una atención adecuada. Las SBC de HFBG quedan exoneradas de toda responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de dicha información.
2. Solicitar el historial de medicamentos de los últimos 2 años a través de nuestro sistema de historia clínica electrónica.
3. Utilizar equipos de telemedicina con el proveedor de servicios ubicado fuera de las instalaciones. Estas sesiones se realizan a través de líneas seguras, exclusivas y de alta velocidad de conformidad con la legislación, las regulaciones y las directrices aplicables. Las mismas no son grabadas en video, transmitidas por Internet ni guardadas de forma alguna.

De acuerdo con las leyes federales y estatales, ciertos tipos de registros que se obtienen y/o comparten pueden requerir una divulgación adicional antes de que se pueda divulgar la información de salud, incluidas las notas de psicoterapia.

Comunicación electrónica:

¿Está de acuerdo con que HFBG 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 HFBG se comunique con usted para hacerle recordatorios de sus citas y con comunicaciones generales a través de mensajes de texto o correos electrónicos? **Coloque sus iniciales** Sí _____ No _____

HFBG utilizará sus declaraciones, historial médico y demás información clínica para evaluar sus necesidades y recomendar el mejor plan de atención. No se garantiza el resultado de ningún examen o tratamiento. Hágale a su equipo de tratamiento todas sus preguntas sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos recomendados. **Comprendo que tengo derecho y se me dará la oportunidad de hablar con un proveedor sobre el tratamiento del paciente y los posibles riesgos.** **Coloque sus iniciales** Sí _____ No _____

Mi firma a continuación confirma mi identidad 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, madre o tutor legal y que doy mi consentimiento para su tratamiento. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado. Para ponerle fin a este consentimiento, debo hacerlo por escrito.

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Nombre impreso de la persona que firma

Relación con el paciente

Fecha

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Place Label
Here

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

Declaración de privacidad

Comprendo que HealthFirst Bluegrass me proporcionará una copia de su Aviso de prácticas de privacidad si así lo solicito. Comprendo que HealthFirst Bluegrass puede divulgar información del paciente SIN permiso si: 1) el paciente representa una amenaza para sí mismo o para los demás; 2) el paciente es incapaz de protegerse del riesgo de sufrir daños; 3) existe evidencia de abuso, abandono o explotación infantil; 4) existe evidencia de abuso, abandono o explotación de un adulto dependiente; 5) existe evidencia de violencia doméstica; 6) la información del paciente se solicita en virtud de una orden judicial o si un paciente incluye voluntariamente su historial de tratamiento en un procedimiento judicial.

Se le podría exigir a HealthFirst Bluegrass compartir su información si se cumplen ciertas condiciones legales. HealthFirst compartirá su información solo cuando así lo exija la ley y solo compartirá la cantidad mínima necesaria. Para obtener más información, consulte el formulario del Aviso de prácticas de privacidad de HealthFirst. HealthFirst Bluegrass le proporcionará sus registros a su proveedor de seguros para fines de facturación y administración del caso.

Fecha

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Relación con el paciente

Consentimiento para el pago

Solicito que se le realice el pago de los beneficios autorizados del seguro médico a HealthFirst Bluegrass en mi nombre por servicios recibidos. Autorizo a HealthFirst Bluegrass a revelar información médica sobre mí a Medicare, KCHIP, Medicaid y otros terceros pagadores para determinar el pago por los servicios.

Otorgo mi consentimiento para todos los servicios indicados anteriormente. Certifico que tengo plena capacidad para firmar la presente autorización y liberación. Declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es veraz. Este consentimiento no caduca a menos que sea revocado.

Fecha

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Relación con el paciente

Consentimiento para medios de comunicación/fotografía

Doy mi consentimiento para que HealthFirst Bluegrass, Inc. use mi fotografía, imagen y/o voz o la de mi hijo de cualquier manera que represente razonablemente a HealthFirst Bluegrass, Inc. Libero a HealthFirst Bluegrass, Inc. y a cualquiera de sus empleados o agentes de cualquier daño al usar mi fotografía, imagen y/o voz o la de mi hijo. Esto incluye, entre otros, fotografías para el registro médico del paciente. Se le tomará una foto para la identificación de la carta. También se pueden tomar fotos con fines de documentación clínica. Las fotos se alojan en el expediente médico.

Fecha

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Relación con el paciente



Place Label Here

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

Solo para pacientes pediátricos:

Clínicas Escolares

HealthFirst Bluegrass tiene varias clínicas ubicadas dentro de las escuelas primarias, intermedias y secundarias del condado de Fayette. Las clínicas de HealthFirst Bluegrass School son clínicas médicas de servicio completo que están abiertas a la comunidad, además de atender a los estudiantes que asisten a esas escuelas. El objetivo de las Clínicas Basadas en la Escuela (SBC, por sus siglas en inglés) es ayudar en el bienestar general de su hijo. En asociación con FCPS, se compartirá información sobre la salud médica, conductual, dental y escolar pertinente entre el personal apropiado de FCPS y el personal de SBC.

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cualquiera de los siguientes servicios en las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc.:

1. Evaluación física de enfermedades agudas o crónicas, incluida la evaluación del crecimiento y el desarrollo.
2. Tratamiento de problemas de salud menores según lo definido por el protocolo, incluida la administración de medicamentos de venta libre.
3. Pruebas básicas de laboratorio (cuando estas sean necesarias para evaluar el problema), como punción en el dedo para detectar anemia y azúcar en la sangre, análisis de orina para detectar infecciones de vejiga o de riñón, frotis faríngeo/análisis de estreptococos por dolor de garganta, etc.
4. Información y promoción de la salud que incluya información y asesoramiento sobre salud física, mental y sexual.
5. Examen dental, limpieza e instrucciones para el cuidado en casa (rayos X disponibles según sea necesario).
6. Remisiones a agencias externas para servicios que pueden no prestarse en las SBC.
7. Exámenes físicos y vacunas anuales con la presencia del padre/de la madre/del tutor.
8. Pruebas para la detección de infección por VIH, hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por la sangre o fluidos corporales, si dichas pruebas son necesarias para el diagnóstico, para ayudar en mi tratamiento médico o si un trabajador de atención médica se expone a mi sangre, fluidos corporales o tejidos.

Doy mi consentimiento:

1. Al personal de HealthFirst Bluegrass, Inc. Para Revisar el expediente escolar completo de mi hijo, incluida la asistencia y demás información que ayude al personal en la continuidad de la atención y el tratamiento de mi hijo.
2. Comunicar y divulgar información médica, de salud conductual, dental y de salud escolar pertinente con el personal apropiado de Fayette County School en relación con el éxito de mi hijo en la escuela y en el entorno escolar.
3. Hacer que mi hijo participe en evaluaciones continuas del programa de las SBC, incluidos cuestionarios y encuestas. Comprendo que mi hijo no será identificado en la evaluación.

Consentimiento para servicios de salud en la clínica escolar:

1. ¿Otorga usted su consentimiento para que su hijo reciba servicios de salud sin una notificación individualizada cada vez antes de recibir tratamiento o de ser remitido para dichos servicios? Coloque sus iniciales Sí ___ No ___

Consentimiento para servicios de salud mental en la clínica escolar:

1. ¿Otorga usted su consentimiento para que su hijo reciba servicios de salud mental sin una notificación individualizada cada vez antes de recibir tratamiento o de ser remitido para dichos servicios? Coloque sus iniciales Sí ___ No ___

_____ Fecha	_____ Firma del paciente/padre/madre/tutor	_____ Relación con el paciente
----------------	---	-----------------------------------