

# Formulario de Consentimiento

## 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 sus fluidos corporales, sangre 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 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 electrónico de registros médicos.
3. Utilizar equipos de telemedicina con el proveedor de servicios ubicado fuera de las instalaciones. Estas sesiones se realizan a través de conexiones seguras, exclusivas de alta velocidad que van en conformidad con la legislación, las regulaciones y las directrices aplicables. Dichas sesiones 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 autorización adicional antes de que se pueda divulgar la información de salud, incluyendo 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** Si \_\_\_\_\_ 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** Si \_\_\_\_\_ 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** Si \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

## 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 legal

\_\_\_\_\_  
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 legal | 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 legal | Relación con el paciente |

Solo para pacientes pediátricos:

Clinicas Escolares de HealthFirst Bluegrass

HealthFirst Bluegrass tiene varias clínicas ubicadas dentro de algunas escuelas primarias, secundarias y preparatorias del condado de Fayette. Las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass ofrecen servicios integrales y están abiertas a la comunidad, además de brindar atención a los estudiantes que asisten a dichas escuelas. El objetivo de nuestras clínicas escolares (SBC, por sus siglas en inglés) es contribuir en el bienestar de su hijo(a). En colaboración con FCPS, se compartirá información pertinente sobre salud médica, conductual, dental y escolar entre el personal correspondiente de FCPS y el personal de las clínicas escolares.

Otorgo consentimiento para que mi hijo(a) reciba cualquiera de los siguientes servicios en las clínicas escolares SBC de HealthFirst Bluegrass, Inc. incluyendo servicios en la unidad dental móvil.

- 1. Evaluación física y tratamiento de enfermedades crónicas o repentinas, así como la administración de medicamentos recetados y de venta libre; exámenes físicos anuales y vacunas, referencias externas a agencias para servicios que pueden no estar disponibles en HealthFirst, educación física, mental y sexual.
- 2. Pruebas básicas de laboratorio (cuando sean necesarios para evaluar problemas), como punción de dedo para detectar anemia y azúcar en la sangre, análisis de orina para detectar infecciones de vejiga o de riñón, hisopado de garganta para detectar infecciones por estreptococos en caso de dolor, etc.
- 3. Procedimientos diagnósticos dentales incluyendo evaluaciones clínicas, tratamiento con flúor, limpiezas, radiografías (según sea necesario). Entiendo que pueden existir ciertos riesgos y complicaciones si mi hijo(a) recibe estos servicios. Estos posibles problemas incluyen molestias durante y después del tratamiento, la posibilidad de aspirar o tragar materiales dentales o instrumentos, reacciones alérgicas a algún material dental, sangrado y otros posibles problemas que el dentista no puede predecir.
- 4. Doy mi consentimiento al personal de HealthFirst Bluegrass, Inc. para revisar el expediente escolar completo, incluyendo la asistencia y demás información que ayude a la continuidad de la atención y tratamiento de mi hijo(a).
- 5. Permitir que mi hijo(a) participe en evaluaciones continuas del programa de las clínicas escolares SBC, incluyendo cuestionarios y encuestas. Entiendo que la identidad de mi hijo(a) no será revelada ni identificada durante estas evaluaciones.

Consentimiento para servicios de salud en la clínica escolar:

¿Otorga usted consentimiento para que su hijo(a) reciba servicios de salud sin recibir una notificación individualizada cada vez antes de recibir tratamiento o de ser remitido para dichos servicios? Coloque sus iniciales Si\_\_\_ No\_\_\_

Consentimiento para procedimientos dentales preventivos en la unidad dental móvil de HFBG:

¿Otorga usted consentimiento para que su hijo(a) reciba servicios dentales preventivos (evaluaciones, limpiezas, tratamientos con flúor y radiografías)? Coloque sus iniciales Si\_\_\_ No\_\_\_

Consentimiento para servicios de salud mental en la clínica:

¿Otorga usted consentimiento para que su hijo(a) 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 Si\_\_\_ No\_\_\_

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

*Solo para pacientes pediátricos:*

## Consentimiento para la Clínica Dental Móvil

HealthFirst Bluegrass visita varias escuelas públicas del condado de Fayette para brindar atención dental de preventiva y restaurativa. Por lo general, la unidad dental móvil visita las escuelas una vez por semestre durante unos días a la vez. Ofrecemos todas las facetas de la odontología, incluyendo limpiezas, selladores, tratamientos con flúor, restaurantes (empastes o rellenos) y extracciones. Nuestro objetivo es acercarle servicios dentales a su hijo(a) y reducir la necesidad de que usted pierda días de trabajo o de que su hijo(a) falte a la escuela para asistir a una cita. Si su hijo(a) asiste a una escuela donde brindamos servicios dentales y está programado para ser atendido por nuestro equipo dental, usted será contactado verbalmente antes de la cita.

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 Dentales de HealthFirst Bluegrass, Inc., incluida la Clínica Móvil:

1. Procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluidos exámenes clínicos, tratamiento con flúor, limpiezas, rayos X, empastes plateados o blancos, coronas de acero inoxidable, tratamiento de nervios, extirpación de tejidos blandos y todo tipo de anestesia local por parte de agentes y empleados autorizados de HealthFirst Bluegrass y el personal odontológico, o las personas que estos designen, según lo consideren necesario o beneficioso conforme a su criterio profesional. Comprendo que puede haber ciertos riesgos y complicaciones si mi hijo se somete a estos procedimientos. Esos posibles problemas incluyen: Posibles molestias durante y después del tratamiento, posibilidad de aspirar o tragar algún instrumento o material dental, reacciones alérgicas a materiales dentales y otros posibles problemas que el dentista no puede predecir.

### Comprendo que:

1. Es posible que mi hijo necesite tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo será mi responsabilidad.
2. Cuando se extraen los dientes de leche, esto puede causar problemas para los dientes que están saliendo y es posible que mi hijo necesite espaciadores para mantener el espacio abierto para que salgan los dientes permanentes. Comprendo también que los espaciadores no se colocan como parte de este programa y que se enviará a casa una carta de remisión si es necesario.
3. También puede haber casos en los que el tratamiento de un diente no pueda realizarse de inmediato, pero para evitar un absceso o una infección mayor, el personal puede colocar flúor tópico para detener el proceso activo de la caries. Si bien no existen riesgos para la salud, se producirán manchas negras u oscuras en la superficie cariada.

**Autorizo al personal dental de HealthFirst Bluegrass a aplicar este material a su discreción.**

**Coloque sus iniciales**    **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

4. Estos servicios serán prestados por el personal docente, los estudiantes, los higienistas o el personal de odontología de HealthFirst Bluegrass.
5. El tratamiento preventivo (limpieza, flúor y sellantes) puede ser realizado por un higienista dental registrado sin la presencia del dentista, tal y como establece la legislación general sobre supervisión.
6. Los hallazgos dentales de todos los niños como grupo pueden ser informados o publicados, y que, en tal caso, ningún niño será identificado de forma individual.
7. Puede haber casos en los que el odontólogo no pueda salvar un diente al intentar restaurarlo. En estos casos, la única alternativa es extraer (sacar) el diente. Existen riesgos relacionados con la extracción de dientes. Aunque son poco frecuentes, estos riesgos pueden incluir: dolor, sangrado excesivo, infección, hinchazón, moretones, rigidez de la mandíbula, daños a los dientes adyacentes o subyacentes, fractura de una punta radicular, etc.
8. Si bien HealthFirst Bluegrass, Inc. mantiene la confidencialidad de todos los expedientes individuales, comprendo que una lista de los niños que necesitan tratamiento dental de seguimiento se le proporciona de manera rutinaria al Centro de Recursos Familiares de la escuela para que puedan ayudar a que reciban atención de seguimiento, cuando sea necesario.

**Autorizo al personal de HealthFirst Bluegrass a compartir el nombre de mi hijo con el Centro de Recursos Familiares de su escuela**    **Coloque sus iniciales**    **Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

Fecha

Firma del paciente/padre/madre/tutor

Relación con el paciente