

ATENCIÓN PRIMARIA, SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO DENTAL

Elevated Community Health ofrece tratamiento y atención mediante un modelo integral. Brindamos atención integral a través de un equipo de atención que abarca diversos aspectos de la salud física, conductual y dental.

Doy mi consentimiento voluntario para recibir atención primaria en persona o por telesalud, tratamiento dental o de salud conductual, pruebas diagnósticas, exámenes, administración de medicamentos, vacunas y otros servicios de atención médica médicamente necesarios que se centren en mis necesidades de atención médica determinadas por mi equipo de atención. Entiendo que esta autorización se aplica a los servicios de salud médica, conductual y dental de rutina, urgentes y crónicos proporcionados en Elevated Community Health (ECH). Los servicios autorizados por este consentimiento incluyen aquellos proporcionados por los proveedores del personal médico de ECH, que incluyen médicos, farmacéuticos clínicos, enfermeras practicantes, asistentes médicos, enfermeras, educadores de salud, asistentes y tecnólogos médicos. Los proveedores dentales incluyen dentistas, asistentes e higienistas dentales. Los proveedores de salud conductual incluyen psicólogos con licencia, trabajadores sociales, consejeros y psicoterapeutas registrados. También doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de profesionales de la salud en capacitación bajo la supervisión de un profesional de la salud con licencia.

Entiendo que ECH me permite y me anima a hacer preguntas sobre mi atención y sobre los posibles riesgos o beneficios de las pruebas o el tratamiento. Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Autorizo a ECH y a sus entidades relacionadas, agentes y contratistas a recibir/enviarme mensajes, incluyendo, entre otros, mensajes de texto SMS, mensajes de voz y/o correos electrónicos. Los mensajes pueden incluir recordatorios de citas, encuestas posteriores a la consulta, fechas de vencimiento de pagos, pagos atrasados, citas perdidas, información relacionada con los productos o servicios médicos proporcionados, seguimiento de la atención y otra información sobre atención médica. También entiendo que mi operador de telefonía celular podría aplicar cargos. Soy consciente de que puedo cancelar la suscripción a los mensajes de texto SMS contactando a ECH.

Autorizo el pago de beneficios a ECH por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente de los servicios no cubiertos por mi seguro, otros pagadores externos o los programas de descuento ofrecidos por ECH. Además, acepto pagar todos los saldos adeudados y entiendo que un saldo impago puede ser remitido a una agencia de cobranza después de cuatro meses consecutivos de impago.

ENTIENDO que la protección y la privacidad de los pacientes, el personal y los huéspedes son de suma importancia para ECH y acepto que ECH mantendrá la confidencialidad de mis registros. La divulgación de cualquier información médica protegida requerirá mi consentimiento, a menos que lo permita la HIPAA o el Título 42 del CFR, Parte 2. Asimismo, extiendo mi respeto a ECH y entiendo que ECH prohíbe el uso de grabaciones de audio o video en sus instalaciones.

Nombre impreso del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente/Tutor legal

Nombre impreso del tutor legal: _____ Relación con el paciente: _____