

Reconocimiento y Consentimiento de Información de Salud

Entiendo que Pacific Sage LLC, que también utiliza los nombres de Pacific Sage Primary Care y Pacific Sage Medical Services (denominado a continuación " Este Consultorio") utilizará y divulgará información de salud sobre mí.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por el consultorio, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre mi historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que Este Consultorio puede usar y divulgar mi información de salud a:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento.
- Referir, consultar, coordinar y gestionar junto con otros proveedores de atención médica para mi atención y tratamiento.
- Determinar mi elegibilidad para un plan de salud o cobertura de seguro y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada a compañías de seguros u otras personas u organizaciones que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi atención médica; y
- Realizar diversas funciones de oficina, administrativas y comerciales que respalden los esfuerzos de mi proveedor para brindarme atención médica de calidad y rentable y para organizar y recibir un reembolso por atención médica de calidad y rentable.

Entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción escrita de cómo Este Consultorio gestionará mi información de salud. Esta descripción escrita se conoce como **Aviso de Prácticas de Privacidad** y describe los usos y divulgaciones de la información de salud realizadas y las prácticas de información seguidas por los empleados, el personal y otro personal de la oficina de Este Consultorio, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad puede revisarse periódicamente y que tengo derecho a recibir una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También entiendo que una copia o un resumen de la versión más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente de Este Consultorio se publicará en línea donde puedo accederlo. También puedo solicitar que me envíen una copia a casa o por correo electrónico.

Entiendo que tengo derecho a solicitar que parte o toda mi información de salud no se use ni divulgue de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que Este Consultorio no está obligada por ley a aceptar dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto haber revisado y comprendido la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (ver formularios).

Firma del paciente

Fecha

Firma del/de la representante autorizado

Fecha

Nombre del/de la representante autorizado

Relación



1 Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina: Ann Ottesen NP

INTRODUCCIÓN

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes ubicaciones compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La información puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Registros médicos de los pacientes
- Imágenes médicas
- Audio y vídeo bidireccional en vivo
- Salida de datos desde dispositivos médicos y archivos de sonido y vídeo.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no.

BENEFICIOS ESPERADOS

- Mejor acceso a la atención médica al permitir que el paciente permanezca en su consultorio (o en un sitio remoto) mientras el proveedor obtiene resultados de pruebas y consulta con profesionales de la salud en sitios distantes o en otros sitios.
- Evaluación y gestión médica más eficiente.
- Obtención de la experiencia de un especialista a distancia.

POSIBLES RIESGOS

Como ocurre con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- En casos excepcionales, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir que los proveedores y consultores tomen decisiones médicas adecuadas;
- Podrían ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal;
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DOY FE Y ENTIENDO LO SIGUIENTE:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de la interacción de telemedicina, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que es posible que tenga a mi disposición una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de ellos en cualquier momento. Ann Ottesen NP ha explicado las alternativas a mi entera satisfacción,
5. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a Ann Ottesen NP sobre las interacciones electrónicas relacionadas con mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
8. Doy fe de que estoy ubicado en el estado de Oregon y estaré presente en el estado de Oregon durante todos los encuentros de telesalud con Ann Ottesen NP.

2 Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina: Ann Ottesen NP

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE TELEMEDICINA

He leído y entiendo la información proporcionada en la página 1 sobre la telemedicina, la he discutido con mi proveedor y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

Entiendo que habrá una copia de este formulario disponible para imprimir.

Por la presente autorizo a Ann Ottesen NP a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Al firmar a continuación, acepto utilizar registros y firmas electrónicas y reconozco que he leído la "divulgación al consumidor" relacionada.

Por favor firme a continuación.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante autorizada

Fecha

Nombre de la representante

Relación



Nombre _____

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Escriba sus iniciales en cada sección y firme a continuación.

_____ **Consentimiento para atención y tratamiento médicos:** Doy mi consentimiento para toda atención, exámenes y pruebas médicas y quirúrgicas que se consideren necesarias. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico. Aunque espero que la atención brindada cumpla con los estándares habituales, entiendo que no hay garantías con respecto a los resultados de mi atención. Si rechazo los exámenes, pruebas o tratamientos sugeridos en contra del consejo médico, no responsabilizaré a Pacific Sage LLC ni a ningún individuo por ninguna de las consecuencias.

_____ **Asignación de beneficios, autorización para divulgar información médica:** Solicito que el pago de los beneficios autorizados de mi compañía de seguros se haga a mí o en mi nombre a Pacific Sage LLC por cualquier servicio que me brinde Pacific Sage LLC y por la presente asigno Pacific Sage LLC. todos los derechos asignables al pago de los servicios prestados por Pacific Sage LLC, incluidos todos los beneficios de Medicare, si estoy en ese programa. Autorizo a mi compañía de seguros a divulgar información sobre mi cobertura a Pacific Sage LLC. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgarla a lo siguiente cuando corresponda para determinar los beneficios de los servicios relacionados: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, aseguradoras y/o agentes de estas compañías, u otros proveedores de atención médica que ayuden en mi atención médica. Entiendo y acepto que mi información de salud puede ser utilizada y divulgada por Pacific Sage LLC, otros proveedores y aseguradoras para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que Pacific Sage LLC participa en un software de prescripción médica electrónica (e-prescribing) y autorizo a Pacific Sage LLC a enviar recetas directamente a una farmacia desde el punto de atención. Acepto que Pacific Sage LLC pueda solicitar y utilizar mi historial de recetas de otros proveedores de atención médica o terceros pagadores para fines de tratamiento.

_____ **Acuerdo financiero:** Entiendo que soy responsable financieramente de cualquier cargo independientemente de la cobertura del seguro, a menos que tenga un seguro de Medicaid de Oregon que cubra todos los servicios de atención primaria proporcionados por Pacific Sage LLC. El cargo máximo por los servicios proporcionados por Pacific Sage LLC que tendría que pagar de mi bolsillo independientemente de la cobertura del seguro por cada visita es de \$250 (a menos que tenga un seguro de Medicaid de Oregon que cubra todos los servicios de atención primaria). Acepto pagar hasta \$250 por los servicios proporcionados por Pacific Sage LLC por cada visita (a menos que tenga un seguro de Medicaid de Oregon). Puede haber cargos adicionales de otras entidades que brinden servicios solicitados por Pacific Sage LLC, pero esas entidades cobrarán el pago de forma independiente.

_____ **Consentimiento para mensajes de texto y correo electrónico:** para mejorar la atención y la experiencia del paciente, Pacific Sage LLC puede comunicarse conmigo mediante llamada telefónica, correo de voz, mensaje de texto SMS, correo electrónico o aplicación móvil, algunos de los cuales pueden realizarse a través de medios automatizados para recordarme una cita, para obtener comentarios sobre mi experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios/información de salud general. Entiendo y acepto que me contacten de esta manera con comunicaciones relacionadas con esta visita y cualquier visita futura. En el futuro, puedo optar por no recibir mensajes de texto notificando a Pacific Sage LLC por escrito. Es posible que se apliquen cargos estándar por minutos telefónicos y mensajes de texto si Pacific Sage LLC se comunica conmigo.

_____ **Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad y Registro de Divulgaciones del Paciente:** Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Pacific Sage LLC. En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI). El individuo también tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de su PHI se realice por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su hogar.

_____ **Videovigilancia para operaciones de seguridad y atención médica:** entiendo y doy mi consentimiento para la videovigilancia con fines de seguridad y/o las operaciones de atención médica de Pacific Sage LLC. Entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones se almacenarán y protegerán de forma segura.

_____ Al firmar a continuación, por la presente entiendo y estoy de acuerdo con la información anterior y entiendo que mi negativa a firmar este formulario se interpretará como mi decisión de dejar de recibir atención médica con Pacific Sage LLC, que también se conoce con los nombres de Pacific Sage Primary Care y Pacific Sage Medical Services.

Firma del paciente

Fecha

Firma del/de la Representante Autorizado

Fecha

Nombre del/de la Representante

Relación



Consentimiento para comunicarse: Pacific Sage LLC

Nombre _____

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

Fecha _____

Consentimiento para dejar mensajes: Entiendo que mi información de atención médica está protegida. Para que Pacific Sage LLC deje mensajes detallados que contengan información de salud específica en mi correo de voz o contestador automático, necesito dar permiso para hacerlo.

Doy permiso a Pacific Sage LLC para que se dejen mensajes en los números de teléfono que figuran a continuación:

teléfono: _____ teléfono: _____ teléfono: _____

Se pueden dejar mensajes sobre lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos |
| <input type="checkbox"/> Pagos/Saldos de cuentas | <input type="checkbox"/> Tratamiento médico
(necesario/completado) |

Consentimiento para compartir información verbalmente: Al completar la información y firmar a continuación, autorizo a Pacific Sage LLC a discutir verbalmente mi atención médica y otra información protegida. Los nombres que figuran a continuación son personas a quienes otorgo permiso para que los representantes de la práctica discutan verbalmente información utilizando su mejor criterio que sea relevante para mi atención o relevante para el pago de dicha atención.

1. Nombre: _____ teléfono: _____ Relación: _____

Se puede contactar con respecto a lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Información médica/Atención/Tratamientos necesarios o completados |
| <input type="checkbox"/> Pagos/saldos de cuentas | <input type="checkbox"/> Información médica confidencial que incluye: |
| <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos | <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA |
| | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias, incluidas drogas y alcohol. |
| | <input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental |

2. Nombre: _____ teléfono: _____ Relación: _____

Se puede contactar con respecto a lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Información médica/Atención/Tratamientos necesarios o completados |
| <input type="checkbox"/> Pagos/saldos de cuentas | <input type="checkbox"/> Información médica confidencial que incluye: |
| <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos | <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA |
| | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias, incluidas drogas y alcohol. |
| | <input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental |

3. Nombre: _____ teléfono: _____ Relación: _____

Se puede contactar con respecto a lo siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recordatorios/cambios de citas | <input type="checkbox"/> Información médica/Atención/Tratamientos necesarios o completados |
| <input type="checkbox"/> Pagos/saldos de cuentas | <input type="checkbox"/> Información médica confidencial que incluye: |
| <input type="checkbox"/> Estimaciones de costos | <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA |
| | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias, incluidas drogas y alcohol. |
| | <input type="checkbox"/> Condiciones de salud mental |

Será mi responsabilidad mantener esta información actualizada ya que reconozco que las relaciones pueden cambiar con el tiempo. Este consentimiento se considerará válido hasta que lo revoque por escrito. Me reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Entiendo que revocar esta autorización no afectará las divulgaciones realizadas ni las acciones tomadas antes de recibir la revocación.

Firma del paciente

Fecha

