



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE VISITING PHYSICIANS ASSOCIATION [ASOCIACIÓN DE MÉDICOS VISITANTES]

Solicito y autorizo atención médica según lo considere necesario o aconsejable mi médico, su asistente o personas que designe (colectivamente denominados “los médicos”). Esta atención puede incluir, entre otros, diagnóstico de rutina, radiología y procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos de rutina, biológicos y otras modalidades terapéuticas, así como atención médica de rutina y atención de enfermería. Autorizo a mis médicos a realizar otros servicios adicionales o ampliados en situaciones de emergencia, si pueden ser necesarios o aconsejables para preservar mi vida o mi salud. Entiendo que mis médicos dirigen la atención que recibo (como paciente) y que otro personal me brinda la atención y los servicios (como paciente) según las instrucciones de mis médicos.

- Soy consciente que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no he recibido garantías ni promesas con respecto a los resultados de esos procedimientos de diagnóstico o tratamientos.
- Entiendo que me pueden extraer (como paciente) fluidos corporales y/o tejidos durante los procedimientos de diagnóstico rutinarios. Autorizo a **Visiting Physicians Association (“VPA”)** a desechar los fluidos corporales.
- Me han informado y entiendo que me pueden hacer una prueba de VIH (virus de inmunodeficiencia humana – SIDA) y pruebas de hepatitis, serológica y de sangre sin mi consentimiento, si un profesional de la salud, empleado de VPA o socorrista tuviera exposición a mi sangre u otro fluido corporal.
- Las pruebas/exámenes de VIH pueden hacerse con una explicación verbal y mi consentimiento. VPA no ofrece realizar pruebas anónimas. Si solicita una prueba anónima de VIH, entonces VPA puede ayudarlo a ubicar un centro que realice esa prueba. Tiene el derecho de retirar su consentimiento para la prueba en cualquier momento antes que se complete la prueba. Tiene el derecho de hacer preguntas y recibir respuestas antes de la prueba y después de recibir el informe de los resultados. El examen de hepatitis o de otras enfermedades infecciosas también pueden realizarse con un consentimiento verbal. VPA informará de todos los resultados positivos al Departamento de Salud o a otra agencia, según lo establecido por las normas estatales y locales.
- Puede hacerse un examen de droga mediante la obtención de una muestra de sangre o de orina con mi consentimiento verbal para fines de verificar el cumplimiento con los regímenes de medicación o cuando se sospecha de abuso o uso incorrecto, o cuando existen signos o síntomas de toxicidad.
- He sido informado y entiendo que, en ciertas circunstancias, puede ser necesario que un médico de VPA realice un examen físico mediante un examen a distancia, incluido el uso de las telecomunicaciones, y doy mi consentimiento para ese examen a distancia.
- Doy mi consentimiento para que VPA me tome fotos, de alguna forma, que estén relacionadas con mi diagnóstico, atención y tratamiento. Estas fotos se utilizarán para fines relacionados solo con el tratamiento y las operaciones de VPA, tales como el aseguramiento de la calidad, la seguridad y la identificación del paciente. Entiendo que estas imágenes se guardarán de manera segura y formarán parte de mi historial médico.

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El **Aviso de las Prácticas de Privacidad** de Visiting Physicians Association proporciona información sobre cuán protegida está la información sobre mi (como paciente), incluida información sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), complejo relacionado con el SIDA (ATC) e inmunodeficiencia adquirida (SIDA); también incluye los registros de tratamiento por abuso de sustancias, protegidos por la Norma 42, Parte 2, del Código de Normas Federales (si hubieran); y los registros de los servicios psicológicos y sociales, incluida la comunicación que reciba de un trabajador social o psicólogo (si hubiera) que puede divulgarse. He tenido la oportunidad de revisar este Aviso

antes de firmar este consentimiento. Entiendo que los términos del Aviso pueden cambiar y que puedo obtener una copia modificada comunicándome con la oficina local de VPA.

- Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga mi información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Mis médicos y VPA no tienen la obligación de estar de acuerdo con esta restricción; sin embargo, si están conformes, estarán obligados a cumplir con el acuerdo.
- Mediante la firma de este formulario, reconozco que se me ha ofrecido y/o he recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de Visiting Physicians Association.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Entiendo que, como parte de mi atención de la salud, **VPA** crea y mantiene registros en papel y/o electrónicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de los exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y todo plan para una atención o tratamiento futuro. Entiendo que mi historial de medicamentos y beneficios de los medicamentos genéricos pueden descargarse de un centro de intercambio de información electrónico seguro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi atención y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los numerosos profesionales de la salud que contribuyen con mi atención
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura
- Un medio por el que un tercero pagador puede verificar los servicios facturados que realmente se proporcionaron
- Una herramienta para las operaciones de atención de salud rutinarias, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de atención de la salud

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho de objetar el uso de mi información de la salud para los fines del directorio
- El derecho de solicitar restricciones sobre cómo puede usarse o divulgarse mi información de salud para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud.

Entiendo que **VPA** no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya hubiera tomado una acción en virtud de este consentimiento. Asimismo, entiendo que, si me rehúso a firmar o revocar este consentimiento, esta organización puede rehusarse a tratarme, según lo establecido en la Sección 164.506 del Código de Normas Federales.

Además, entiendo que **VPA** se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas, según la Sección 164.520 del Código de Normas Federales. En caso que **VPA** cambie su aviso, enviará una copia de todo aviso modificado a la dirección que he proporcionado (ya sea por correo de los Estados Unidos o, si estoy de acuerdo, por correo electrónico).

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Certificación de Medicare: Certifico que la información que he proporcionado para solicitar el pago según el TÍTULO XVII de la Ley de Seguridad Social es correcta y solicito que el pago de todos los beneficios autorizados se hagan a mi nombre.

Por el presente documento autorizo e instruyo a mi compañía aseguradora a hacer los pagos directamente a VPA por los beneficios (pagos) que de otro modo se me pagarían a mí. **Estoy de acuerdo en pagar personalmente todos los cargos no cubiertos o cobrados por un programa del seguro, incluidos todos los deducibles y montos de coseguro.**

HE LEÍDO O ME HAN LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO Y LO ENTIENDO COMPLETAMENTE; HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y SE DIO RESPUESTA A ESTAS PREGUNTAS.

Autorizo la divulgación de información de la salud a la persona mencionada a continuación para fines de: _____

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Deseo tener la siguiente restricción relacionada con el uso o divulgación de mi información de salud:

Entiendo que, como parte del tratamiento, pago u operaciones de atención de salud de la organización, puede ser necesario divulgar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para esa divulgación, para los usos permitidos, incluidas las divulgaciones por fax.

Entiendo y reconozco que he recibido un **Aviso de las Prácticas de Privacidad**, y doy mi consentimiento para las divulgaciones que se describen en el Aviso.

Entiendo y reconozco que esto puede incluir información relacionada con: (marque y firme con sus iniciales, si es aplicable)

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Servicio de salud conductual/atención psiquiátrica
- Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del paciente en letra de molde _____ - _____

- Consentimiento del tutor legal, abogado del paciente o pariente más cercano **si el paciente no puede firmar**
- Consentimiento del proveedor de cuidados **si el paciente no puede firmar**

Firma del abogado _____ Fecha _____

Nombre del abogado en letra de molde _____

Relación _____ Teléfono _____

Dirección _____

Firma del testigo _____ Fecha _____