

Community Health Center of Franklin County

Consentimiento del paciente para el intercambio de información de salud

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor escriba claramente)

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento (mm/dd /aa)

Número de Registro Médico/Dental

Número de teléfono

Domicilio: Ciudad, Estado, Código Postal

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al aceptar DAR EL CONSENTIMIENTO a continuación, autorizo a cualquiera de las partes designadas en la página siguiente a que se comuniquen entre sí verbalmente, por escrito o a través del intercambio electrónico de información. Dicha comunicación puede incluir solicitar, recibir, proporcionar y usar mi información médica / dental. Entiendo que el propósito de comunicarme acerca de mí es permitir que las partes evalúen mis necesidades, me brinden servicios y coordinen mi atención. Además, entiendo que se me puede exigir que firme formularios de consentimiento adicionales para ser elegible para la cobertura y los pagos del seguro o ciertos tipos de tratamientos y servicios.

Entiendo que mi información médica / dental incluirá toda la información pertinente de mi registro médico / dental como se describe aquí:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Mi nombre y otra información de identificación personal.• Mi identidad como solicitante o receptor de servicios de atención médica, que puede incluir trastornos por el uso de sustancias y / o servicios de salud mental.<ul style="list-style-type: none">• El contenido de mi registro médico / dental, que puede incluir:<ul style="list-style-type: none">- Problemas / diagnósticos.- Visitas / descargos / exámenes y resúmenes.- Pruebas de laboratorio / rayos x y resultados.- Medicamentos.- Procedimientos.- Historia familiar / social.- Otra información sobre mi salud. | <ul style="list-style-type: none">• Mi registro médico / dental puede incluir información sobre las siguientes condiciones y tratamiento:<ul style="list-style-type: none">- Salud mental.- Trastorno por uso de sustancias.- Enfermedades de transmisión sexual.- Embarazos / abortos.- Abuso doméstico.- Violación / agresión sexual.- Enfermedades genéticas, pruebas, y resultados de pruebas.- Mamografías.- Otra información sobre mi salud. |
|---|--|

Entiendo que tengo el derecho de excluir el intercambio de ciertos tipos de información de salud. Excluyo lo siguiente:

Entiendo que ciertas leyes federales, incluida la Ley de responsabilidad y portabilidad de la información de salud (HIPAA), permiten que los proveedores y otras organizaciones de atención médica intercambien gran parte de mi información de salud sin mi consentimiento para brindarme tratamiento, recibir el pago de mi atención y Gestionar y coordinar mi cuidado. Además, entiendo que la ley me permite o exige a mis proveedores de atención médica que proporcionen parte de mi información médica / dental sin mi consentimiento a otros proveedores de atención médica, agencias de salud pública y agencias de cumplimiento de la ley para fines que incluyen, entre otros, emergencias médicas / dentales, calidad Informes, auditorías, delitos contra personas y bienes, y ciertas órdenes legales. Entiendo que el Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin no es responsable por la re-divulgación autorizada o no autorizada de mi información de salud por parte de proveedores que reciben.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)

Entiendo que los siguientes proveedores de atención médica, incluidos su personal, empleados y entidades contratadas, pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental con el fin de evaluar mis necesidades, brindarme servicios y coordinar mi atención. Entiendo que solo los proveedores que necesitan coordinar un aspecto particular de mi atención proporcionarán o recibirán información sobre ese aspecto de mi atención.

Transferencia de registros a CHCFC **Transferencia de registros de CHCFC**

Proveedores específicos/ Practicas Especialistas

Adjuntar hojas adicionales si es necesario

Anterior PCP (solo registros entrantes):

Designacion General

Entiendo que cualquiera de mis proveedores de tratamiento pueden proporcionar o recibir mi información médica / dental para fines de tratamiento. Entiendo que tengo derecho a obtener, previa solicitud, una lista de entidades a las que se haya divulgado mi información médica / dental (Lista de Divulgaciones), de conformidad con la designación general.

Registros a ser divulgados:

Médico

Dental

Otros: _____

Tipo de registros:

Registro completo

Solo inmunizaciones (vacunas)

Otros: _____

Período de información:

Período completo de atención médica.

Doy permiso para compartir información de mi registro médico / dental sobre las pruebas de anticuerpos y antígenos del VIH con:

Imprimir nombre del lugar médico y proveedor

Iniciales del paciente

Fecha

Entiendo que mis proveedores de atención médica pueden comunicar mi información por cualquier medio, incluso verbalmente, en papel, por fax, por transmisión electrónica segura y por la Autopista de información de salud de Massachusetts (Masswayway).

MI ELECCIÓN DE CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

Doy CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento según lo indicado anteriormente de manera libre, voluntaria y sin coacción. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, cualquier información que ya haya sido intercambiada no puede ser retirada. El consentimiento expira un año después de la Fecha de entrada en vigencia de este consentimiento (a continuación), a menos que elija una opción a continuación. Si no he revocado este consentimiento, vencerá cuando se cumpla una de las siguientes condiciones. Elige uno:

El consentimiento expira en esta fecha: _____

El consentimiento expira en esta condición o evento: _____

Yo NEGUO CONSENTIMIENTO. Con mi firma a continuación, reconozco que he negado el consentimiento para que mis proveedores de atención médica se comuniquen entre sí. Reconozco que al negar mi consentimiento, mis proveedores de atención médica pueden tener límites en su capacidad para brindar y coordinar mi atención.

Firma del paciente

Fecha Efectiva

Firma del tutor legal del paciente o representante autorizado

Fecha Efectiva

Nombre impreso del Guardián legal o representante autorizado

Descripción de la Autoridad *si está firmado*
Por Guardián legal o representante autorizado

Firma del traductor (si corresponde)

Nombre impreso del traductor (si corresponde)