

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Nombre del Paciente (Imprimir Nombre):

Fecha de Nacimiento:

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me ha proporcionado el Aviso de prácticas de privacidad de Grand Peaks (es decir, el "Aviso").

El "Aviso" me informa de cómo las instalaciones de Grand Peaks usarán mi información de salud para:

- Propósitos de mi tratamiento, pago de mi tratamiento y operaciones de atención médica.
- Razones distintas al tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Usar y compartir información de salud según lo exija / permita la ley

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y entiendo que podría solicitar y revisar el Aviso en cualquier momento. Entiendo que este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

Autorizo a las instalaciones de Grand Peaks a divulgar información de salud a a las siguientes personas o instalaciones:

Nombre de la persona / Instalación	Relación al Paciente	Número de teléfono y fax
1.		
2.		
3.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADOS Y TRATAMIENTOS GENERALES

Por lo presente, autorizo a las instalaciones de Grand Peaks y a sus proveedores afiliados y al personal a examinarme y tratarme a mí o a mis dependientes por cualquier condición médica, dental y/o conductual/de salud mental. No se me han hecho garantías con respecto a mi tratamiento o examinación. En caso de una emergencia, en la que no pueda ser contactado, autorizo además a las instalaciones de Grand Peaks a tratar a mi(s) dependiente(s). Este consentimiento es voluntario y tendrá una validez de dos (2) años. Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento.

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Las instalaciones de Grand Peaks pueden comunicarse con nuestros pacientes a través de comunicaciones electrónicas, que pueden incluir correo electrónico, portal del paciente y/o mensajes de texto. Toda comunicación se mantiene estrictamente confidencial. Dichas comunicaciones enviadas a través del Internet o por sistemas telefónicos pueden no estar encriptadas o seguras y podrían resultar en que personas no autorizadas recuperen su información. Las instalaciones de Grand Peaks no son responsables del dispositivo en el que el paciente recibe comunicación (es decir, teléfono, computadora portátil, tableta, etc.)

AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN ELECTRÓNICA

Los proveedores de Grand Peaks están utilizando una nueva tecnología (DAX) para documentar electrónicamente su encuentro basado en una grabación de su visita. Doy mi consentimiento para esta grabación.

AUTORIZACIÓN PARA LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo incurrido y del saldo de mi cuenta. Si tengo cobertura de seguro, autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a las instalaciones de Provider/Upper Valley Community Health Services DBA Grand Peaks. También autorizo a las instalaciones de Grand Peaks o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis fracturas.

AVISO SOBRE PRUEBAS DE LABORATORIO EXTERNAS

Grand Peaks tiene la capacidad de realizar muchas pruebas de laboratorio dentro de nuestras instalaciones, SIN EMBARGO, algunas pruebas deben ser realizadas por un laboratorio externo, LabCorp. LabCorp ofrece descuentos a los pacientes de Grand Peaks en función del descuento de escala móvil que se le haya asignado al proporcionar ingresos en el momento del servicio. LabCorp también facturará a su compañía de seguros. *Nota: Usted será responsable de pagar el resto de la factura que reciba de LabCorp, si tiene preguntas, debe comunicarse directamente con LabCorp.

EXPECTATIVAS DE COMPORTAMIENTO

Mientras un paciente espera ser visto por un proveedor o ayudado de alguna manera en Grand Peaks, requerimos una conducta respetuosa y que usted sea cortés con el personal y otros pacientes. Si su comportamiento lo justifica, se le puede negar el servicio. Además, si alguien que lo acompaña en su visita muestra un comportamiento inapropiado, se le puede pedir que lo espere afuera.

Certifico que he leído y entiendo las políticas anteriores, incluido el Consentimiento informado para cuidados y tratamientos generales. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y cualquier pregunta que tengo, ha sido respondida a mi satisfacción.

<i>Firma de Paciente/ Representante Autorizado</i>	<i>Imprimir Nombre</i>	<i>Relación al Paciente</i>	<i>Fecha</i>
--	------------------------	-----------------------------	--------------