

Servicios prestados a menores - Consentimiento general y reconocimiento

Para que sea nuestro paciente, necesitamos su consentimiento para brindarle atención. También necesitamos que reconozca que le hemos proporcionado información y documentos importantes. Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier parte de esta información o necesita ayuda para completar este formulario, no dude en contactar a un miembro de nuestro personal. Es importante para nosotros que se sienta cómodo(a) con toda esta información. Al firmar, usted indica que comprende la información a continuación, se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y está dando su consentimiento para usted (si tiene 13 años de edad o más), o su hijo(a)/menor por quien usted tiene responsabilidad legal.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo voluntariamente a los proveedores de WWH a que proporcionen dichos cuidados, tratamiento o servicios, según lo consideren necesario y recomendable para mi caso. Comprendo que si bien todo cuidado, tratamiento o servicio recomendado por WWH, incluida toda prueba para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), estará basado en criterios médicos establecidos, dichos cuidados, tratamientos o servicios tienen tanto posibles beneficios como posibles riesgos. WWH me explicará los beneficios y riesgos pertinentes antes de proporcionar cualquier intervención, tratamiento o servicio. Comprendo que tengo derecho a rehusar atención, tratamiento o servicios en cualquier momento, en la medida permitida por la ley. Si existe una emergencia y no puedo otorgar mi consentimiento, comprendo que WWH podrá proporcionar cuidados, tratamiento o servicios sin esperar por mi consentimiento. Comprendo que algunos servicios exigen que firme otro Consentimiento Informado para Tratamiento, que se me pedirá que complete antes de que WWH me proporcione dichos servicios. Toda la información que se me ha dado y, en especial, todos los estimados realizados acerca de la probabilidad de riesgos o en cuanto a las perspectivas de éxito, representan el mejor juicio profesional de mi proveedor médico. La posibilidad y la naturaleza de las complicaciones no siempre pueden preverse con precisión y, por lo tanto, no puede haber garantías, ya sea explícitas o implícitas, del éxito u otros resultados del tratamiento médico. Finalmente, reconozco que estudiantes o residentes que están recibiendo capacitación para ser médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores médicos pueden ayudar a brindarme atención bajo la supervisión de proveedores habilitados de WWH.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de WWH y comprendo que la ley le exige a WWH que proteja mi información médica protegida, y que no la compartirá con ninguna persona fuera de WWH sin mi consentimiento, a no ser que la ley o cualquier exigencia ética aplicable lo permita o lo exija. Comprendo que estas circunstancias incluyen pero no están limitadas a situaciones en la que WWH evalúe que soy un peligro para mí mismo(a) u otra persona, donde WWH debe denunciar abuso o violencia, o donde WWH debe divulgar información sobre mi persona debido a una orden judicial o por exigencia de la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, si tengo un resultado positivo en una prueba de ITS y me niego a recibir tratamiento, la ley exige que WWH informe a mi padre/madre o tutor acerca de cualquier tratamiento necesario para la ITS. Reconozco que, si soy elegible para cobertura de seguro y se generan y presentan reclamaciones a una aseguradora por servicios médicos o de salud comportamental a mí prestados, es probable que se envíe un formulario de explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) a mi padre, madre o tutor, que incluirá mi información médica protegida.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADO

WWH ofrece una amplia variedad de servicios a sus pacientes. Comprendo que, para que reciba la mejor atención para mis necesidades, los programas en WWH podrán compartir información acerca de mi salud para asegurar la calidad y continuidad de mi atención en todas las áreas de servicio. Por ejemplo, WWH puede compartir mi información demográfica, atención médica y remisiones a otros servicios, así como otra información no clínica con Servicios Legales de WWH para permitir las remisiones a servicios legales y para fines de programación. Los detalles de mis registros médicos sólo serán compartidos con abogados de WWH si estoy de acuerdo en que se ocupen de mi caso legal.

EL GPS DE MI SALUD

Al firmar a continuación, acepto ser participante en el Programa El GPS de mi salud en WWH, y comprendo que mis proveedores médicos de WWH y otras personas externas a WWH compartirán información sobre mi persona a fin de proporcionar mejor atención. He recibido una hoja informativa separada de WWH que describe el Programa El GPS de mi salud con más detalles e incluye una lista de asociados en el programa. Comprendo que WWH compartirá mi información médica protegida con asociados del programa El GPS de mi salud. Al marcar esta casilla y firmar a continuación, acepto que se les permita acceder, utilizar y compartir mi información médica protegida a todos los asociados actuales y futuros del Programa El GPS de mi salud, incluyendo información sobre enfermedades, lesiones, resultados de pruebas, radiografías, medicamentos y otra información médica anterior a la fecha en que yo firme este formulario. También comprendo que la información médica compartida puede incluir el historial de consumo de alcohol o drogas, servicios de planificación familiar como control de la natalidad y aborto; enfermedades hereditarias, VIH/SIDA, problemas de salud mental y ITS. Sé que no estoy obligado(a) a participar en el Programa y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento. Mi decisión de no participar en el Programa o retirarme del Programa no tendrá ningún impacto en mi atención médica en WWH.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Entiendo que WWH participa en ciertos intercambios de información médica con otros hospitales y centros de salud ubicados en el área metropolitana, incluyendo el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP, por sus siglas en inglés) y el Intercambio de Información Médica Capital Partners in Care (CPC-HIE, por sus siglas en inglés). Se me ha informado que mi información médica, incluyendo la información limitada relacionada con los servicios de salud mental y de abuso de sustancias que puedo recibir en WWH, serán compartidos con estos intercambios. Las notas de mi psiquiatra, terapeuta de salud mental o consejero en adicciones no se compartirán, pero sí los códigos de diagnóstico y un historial de mis visitas. Entiendo que esa información sobre mí persona se compartirá con proveedores y autoridades de salud pública externos a WWH para fines de tratamiento, para coordinar mejor mi atención y para ayudar a los proveedores y autoridades de salud pública a tomar decisiones más informadas. WWH me ha informado que tengo derecho a elegir “excluirme” de estos intercambios de información médica en cualquier momento. Entiendo que puedo solicitar una copia del formulario de "exclusión" a WWH e indicarle a WWH que deshabilite el acceso a mi información médica, excepto en la medida en que la divulgación de dicha información esté permitida o exigida por ley.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y MANUAL DEL PACIENTE

Se me ha entregado una copia del documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente de WWH y comprendo que tanto los Derechos como las Responsabilidades mencionados en dicho documento deben regir mis interacciones con WWH. También entiendo que WWH y yo somos responsables de adherir a los Derechos y Responsabilidades. Entiendo que tengo derecho a presentar una queja o agravio a WWH, tal como se describe en el Manual del Paciente de WWH. El Manual del Paciente contiene información sobre ser un paciente de WWH, incluyendo servicios que WWH ofrece, su horario de funcionamiento e información de contacto para servicios. Se me ha entregado una copia del Manual del Paciente.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL REEMBOLSO

Sé que WWH necesita enviar partes de mi información médica protegida a organizaciones que ayudan a pagar por la atención que recibo, tales como mi aseguradora de salud o una organización que subvencione a WWH. Permito a WWH divulgar las partes relevantes de mis registros de modo que se pueda pagar por la atención que recibo. Si no me siento cómodo(a) con esto, entonces entiendo que puedo pedirle a WWH que no revele mi información médica protegida a mi compañía de seguro de salud. Comprendo que WWH debe conceder dichos pedidos si elijo realizar el pago integral de mi atención al recibir el servicio.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Se les permite a los pacientes solicitar comunicaciones electrónicas con WWH. Comprendo que las comunicaciones



electrónicas podrían incluir información sobre mi atención médica y tratamiento, tal como citas, información de facturación, recetas, resultados de pruebas y tratamiento recomendado. Este es un medio de comunicación opcional que puede ser restringido a mi pedido por medio del envío de un **Formulario de exclusión de comunicaciones electrónicas** disponible a través de Servicios al Cliente o en el sitio web de WWH. Reconozco que el medio de comunicación electrónica con WWH más seguro es a través del Portal del paciente de WWH o mensajes electrónicos protegidos/criptados. Cualquier otro método de comunicación electrónica presenta un mayor riesgo de violación de mi privacidad debido a que las comunicaciones pueden ser vistas por terceros o enviadas involuntariamente a otras partes. Al firmar a continuación, solicito y acepto comunicaciones electrónicas sin encriptar, a sabiendas de que WWH hará lo mejor posible para limitar al mínimo necesario la información incluida en dichas comunicaciones.

RECONOCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE REEMBOLSAR A WWH POR SERVICIOS MÉDICOS

Entiendo que WWH ofrece una escala móvil de tarifas para artículos y servicios de atención médica con descuento o gratuitos para personas sin seguro o seguro insuficiente que se considere que no pueden hacer frente al pago con base en su nivel de ingresos cuando dichos servicios están dentro del alcance de los Servicios de Centro de Salud Federalmente Calificado de WWH. Para ser elegible para la escala móvil de tarifas de WWH para artículos y servicios de atención médica con descuento o gratuitos, necesitare proporcionar al equipo de Navegación de Beneficios de Salud Pública y Seguro la documentación que acredite que no tengo seguro o tengo seguro insuficiente y que cumpla con los requisitos de elegibilidad de ingresos. Si no proporciono los documentos necesarios a WWH, seré responsable de pagar las tarifas integrales por servicios médicos, de salud comportamental o dentales recibidos en WWH, en el momento en que se brinde el servicio. Asimismo, comprendo que si soy un(a) paciente asegurado(a) y que mi seguro no es aceptado por WWH, o soy un(a) paciente asegurado(a) con obligación de copago que deja de pagar tarifas o copagos debidos en el momento del servicio, no se me programarán citas futuras hasta que se paguen las tarifas o los copagos pendientes.

Al firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído, y entiendo completamente, cada uno de los párrafos separados establecidos arriba, y dar fe que soy un menor de edad 13 años o mayor o el padre/guardián de un menor de edad de 13 años o mayor.

Nombre del Paciente, en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma: <i>(Si corresponde)</i>	Fecha:
Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal, en letra de imprenta:	
Relación/parentesco con el paciente:	
Firma:	Fecha: