General Consents & Acknowledgements

For you to become a patient of Whitman-Walker Health (WWH), we need your consent to provide you with care. We also need you to acknowledge that we have provided you with certain important information and documents. If you have any questions about any of this information or need help completing this form, please ask a member of our staff. It is important to us that you feel comfortable with all of this information.

By signing, you are indicating that you understand the information, have been given a chance to ask questions, and are giving your consent (if 18 years or older) or consent for your child/minor for whom you have legal responsibility.

GENERAL CONSENT TO TREAT

I voluntarily agree to receive services from WWH, and I authorize the providers of WWH to provide such care, treatment, and/or services as are considered necessary and advisable for me. I understand that I should participate in the planning for my care and that I have a right to refuse interventions, treatment, care, services or medications at any time to the extent the law allows. I know that the care I will receive may include such things as tests, injections, and/or medications that are based on established medical criteria but are not free of risk. Additionally, I know that WWH sometimes has students/residents being trained as doctors, nurses, therapists and other health care providers who might be helping to care for me. These individuals are under the supervision of licensed providers. I understand that WWH is committed to involving me in my care. If there is an emergency, I know that someone at WWH may help me without waiting for me to authorize their assistance. I also understand that some services, such as a specific medical procedure, may require me to sign another consent form, so I may be asked to complete such forms later.

CONSENT TO RECEIVE SERVICES VIA TELEHEALTH

I acknowledge that telehealth services involve the use of electronic communications to enable my health care provider to evaluate, diagnose, and/or treat me from a remote location. Telehealth services may include video consultations, telephone calls, secure messaging, and other forms of communication. I understand that telehealth offers certain benefits including increased access to healthcare services, convenience, and reduced exposure to contagious illnesses. I also understand that telehealth has certain limitations and risks, including technical difficulties that may disrupt the consultation, limited ability for the provider to conduct a physical examination, and the potential for loss of privacy or security breaches in electronic communication. I understand that it is the role of my health care provider to determine whether or not the condition being presented, diagnosed and/or treated is appropriate for a telemedicine encounter. I release WWH from any loss of data or information due to technical failures associated with the telehealth/telemedicine service. I acknowledge that my provider may require an in-person examination before or after diagnosing or prescribing a treatment plan. I agree to assume certain responsibilities in the context of telehealth services, including ensuring a private and secure location for the telehealth consultation, providing accurate and complete medical and personal information to my provider, participating actively in the telehealth consultation, following my provider's instructions, and reporting any technical issues or concerns promptly to WWH.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I have been given a copy of WWH's Notice of Privacy Practices and I understand that WWH is required by law to protect my personal health information. I understand that there are times when the law allows my personal health information to be shared with individuals or entities outside of WWH, including but not limited to for treatment, payment and operations purposes, when required by law, and in connection with the mandatory reporting of certain diseases. I have had the chance to ask questions about WWH's Notice of Privacy Practices and understand and feel comfortable with the protections that it offers me.

INTEGRATED MODEL OF CARE

WWH offers a wide variety of services to its clients. I understand that for me to get the best service for my needs programs within WWH may share information concerning my health to ensure the quality and continuity of my care across service areas. For example, WWH may share my demographic information, medical and other service referrals, and other non-clinical information with WWH Legal Services to allow for legal referrals and for scheduling purposes. The details of my health records will only be shared with WWH lawyers if I agree for them to take my legal case.

PRESCRIPTION DRUG MONITORING PROGRAM (PDMP)

I acknowledge that it may be necessary for my Whitman-Walker Health provider to obtain information about my medications through the Prescription Drug Monitoring Program (PDMP) as required by state law.

PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

I have been given a copy of the WWH Patient Rights and Responsibilities document and understand that both WWH and I are responsible for adhering to the Rights and Responsibilities. I understand that I have a right to file a complaint or grievance with WWH, as described on the WWH website and in the patient notice posted on bulletin boards at the health center. WWH has provided me information about being a patient at WWH including services offered, hours of operation and contact information. I agree to honor the stated Patient Responsibilities.

CONSENT TO COMMUNICATIONS VIA E-COMMUNICATIONS

The U. S. Department of Health and Human Services permits patients to request electronic communications with their providers. I acknowledge that the most secure means of communicating with WWH is by use of the patient portal. Any other method of communicating electronically presents a greater risk of breach of privacy because the communications may be intercepted by third parties or transmitted to unintended parties. WWH will make an effort to limit the information it includes in e-communications with me. I understand, however, that information about my medical care (including appointments, billing information, prescriptions and test results) may be sent to me electronically. By signing below, I am choosing and consenting freely to electronic communications. If I wish to discontinue e-communications with WWH, I can submit an E-communications Opt-Out Form available from WWH.

ACKNOWLEDGMENT OF DUTY TO REIMBURSE WWH FOR HEALTH CARE SERVICES

I understand that WWH offers a Sliding Fee Scale of discounted or free health care items and services to individuals who are deemed unable to pay based on various factors including their level of income. In order to be eligible for WWH's Sliding Fee Scale of discounted or free services, I will need to provide WWH's Public Benefits and Insurance Navigation team with documents establishing that I meet income eligibility requirements. If I do not provide the required documents to WWH, I am responsible for paying my fees for services received at WWH in full at the time of service. I also understand that if I am an insured patient with insurance WWH does not accept, or an insured patient with a payment obligation who fails to pay fees or copays due at the time of service, I will not be scheduled for future appointments until such time as my outstanding fees or copays are paid.

By signing my name below, I am acknowledging that I have read, and fully understand, each of the separate paragraphs set forth above and attest that I am age 18 or above, or that I am the parent or legal guardian of a minor patient.

Signature of Patient: **Date:**

Printed Name of Patient: **Date of Birth:**

If applicable, Printed Name of Parent/Legal Guardian:

If applicable, Relationship to Patient:

If applicable, Signature of Parent/Legal Guardian: **Date:**

Consentimientos y reconocimientos generales

Para que sea paciente de Whitman-Walker Health (WWH), 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, pregúntele a un miembro de nuestro personal. Es importan te para nosotros que se sienta cómodo(a) con toda esta información.

Al firmar, usted indica que comprende la información, se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y está dando su consentimiento (si tiene 18 años de edad o más), o consentimiento para su hijo(a)/menor por quien usted tiene responsabilidad legal.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO
Acepto voluntariamente recibir servicios de WWH, y autorizo a los proveedores de WWH a que me proporcionen la atención, el tratamiento y/o los servicios que consideren necesarios y recomendables para mi caso. Entiendo que debo participar en la planificación de mi atención y que tengo derecho a rechazar intervenciones, tratamiento, atención, servicios o medicamentos en cualquier momento en la medida en que la ley lo permita. Sé que la atención que recibiré puede incluir cosas como pruebas, inyecciones y/o medicamentos los cuales se basan en criterios médicos establecidos, pero no están libres de riesgos. Además, sé que WWH suele tener estudiantes/residentes que están recibiendo capacitación para ser médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores médicos que pueden ayudar a brindarme atención. Estas personas están bajo la supervisión de proveedores habilitados. Comprendo que WWH se empeña en que yo participe en mi atención. En el caso de una emergencia, sé que alguien en WWH podrá ayudarme sin esperar a que yo dé mi consentimiento para su asistencia. También entiendo que algunos servicios, como un procedimiento médico específico, pueden requerir que firme otro formulario de consentimiento, por lo que es posible que se me pida completar tales formularios más adelante.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS A TRAVÉS DE TELESALUD
Reconozco que los servicios de telesalud implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que mi proveedor de atención médica me evalúe, diagnostique o trate desde un lugar remoto. Los servicios de telesalud pueden incluir consultas por video, llamadas telefónicas, mensajería segura y otras formas de comunicación. Comprendo que el servicio de telesalud ofrece ciertos beneficios, como un mayor acceso a servicios de atención médica, conveniencia y una reducción en la exposición a enfermedades contagiosas. También comprendo que el servicio de telesalud tiene ciertas limitaciones y riesgos, como dificultades técnicas que pueden interrumpir la consulta, una capacidad limitada para que el proveedor realice un examen físico y el riesgo potencial de pérdida de privacidad o violaciones de seguridad en la comunicación electrónica. Comprendo que es la función de mi proveedor de atención médica determinar si la condición que se presenta, se diagnostica y/o se trata es apta para una visita de Telesalud. Libero a WWH de cualquier pérdida de datos o información debido a fallas técnicas asociadas con el servicio de telesalud. Comprendo que mi proveedor puede requerir un examen en persona antes o después de diagnosticar o recetar un plan de tratamiento. Acepto asumir ciertas responsabilidades en el contexto de los servicios de telesalud, que incluyen garantizar un lugar privado y seguro para la consulta, proporcionar información médica y personal precisa y completa a mi proveedor, participar activamente en la consulta, seguir las instrucciones de mi proveedor e informar cualquier problema técnico o inquietud de manera oportuna a 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 exige que WWH proteja mi información médica personal. Comprendo que hay veces en que la ley permite que mi información médica personal se comparta con personal o entidades fuera de WWH, incluyendo, entre otros, para fines de tratamiento, pago y operaciones, cuando la ley lo exija, y en conexión con el reporte obligatorio de ciertas enfermedades. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca del Aviso de Prácticas de Privacidad de WWH, entiendo y me siento cómodo(a) con las protecciones que me ofrece.

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.

PROGRAMA DE MONITOREO DE MEDICAMENTOS RECETADOS (PDMP)
Reconozco que puede ser necesario que mi proveedor de Whitman-Walker Health obtenga información sobre mis medicamentos a través del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP, por sus siglas en inglés), como lo exige la ley estatal.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE
Se me ha entregado una copia del documento de Derechos y Responsabilidades del Paciente de WWH y entiendo que tanto WWH como yo somos responsables de adherir a los Derechos y Responsabilidades. Comprendo que tengo derecho a presentar una queja o un agravio a WWH, como se indica en el sitio web de WWH y en el aviso del paciente colocado en los tableros de anuncios del centro médico. WWH me ha proporcionado información sobre ser un pacientes de WWH, y que incluye los servicios ofrecidos, los horarios de funcionamiento e información de contacto. Acepto cumplir con las Responsabilidades del paciente establecidas.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES POR MEDIOS ELECTRÓNICOS
El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. permite a los pacientes solicitar comunicaciones electrónicas con sus proveedores, reconozco que el medio más seguro para comunicarme con WWH es mediante el uso del portal del paciente. Cualquier otro método de comunicación electrónica presenta un mayor riesgo de violación de la privacidad debido a que las comunicaciones pueden ser interceptadas por terceros o transmitidas involuntariamente a otras partes. WWH hará lo posible por la limitar la información que incluya en comunicaciones electrónicas con mi persona. Sin embargo, comprendo que se me podría enviar electrónicamente información sobre mi atención médica (incluyendo citas, información de facturaciones, recetas y resultados de pruebas). Al firmar a continuación, elijo y acepto las comunicaciones electrónicas libremente. Si deseo discontinuar las comunicaciones electrónicas con WWH, puedo presentar un Formulario de Exclusión de Comunicaciones Electrónicas, disponible en WWH.

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 que se considere que no hacer frente al pago en función de diversos factores, entre ellos su nivel de ingresos. Para ser elegible para la escala móvil de tarifas de WWH para artículos y servicios de atención médica con descuento o gratuitos, necesitaré proporcionar al equipo de Navegación de Beneficios de Salud Pública y Seguro la documentación que acredite que cumplo con los requisitos de elegibilidad de ingresos. Si no proporciono los documentos necesarios a WWH, seré responsable de pagar las tarifas integrales por servicios 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 pago 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.

A firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído y comprendo plenamente cada uno de los párrafos separados anteriores y certifico que tengo 18 años de edad o más, o que soy el padre, la madre o el tutor legal de un paciente menor.

Firma del paciente: **Fecha:**

Nombre del paciente, en letra de imprenta: **Fecha de nacimiento:**

Si corresponde, nombre del padre, la madre/el tutor legal, en letra de imprenta:

Si corresponde, relación/parentesco con el paciente:

Si corresponde, firma del padre, la madre/el tutor legal: