



Your Health. Our Passion.

Staff Use Only:

Account Number: _____

Consentimiento general y acuerdo financiero

Consentimiento general para tratamientos y servicios médicos y dentales

Los proveedores y otro personal de HealthNet pueden proveernos cuidado de salud a mí o mi hijo(a), tales como exámenes, pruebas para mejorar mi salud o la de mi hijo(a). Sé que HealthNet no puede prometer resultados de salud o curas. Sé que los estudiantes de cuidado de salud aprenden de los proveedores de HealthNet. Está bien si un estudiante de cuidado de salud nos provee a mí y/o a mi hijo(a) cuidado médico o servicios bajo las directrices de los proveedores acreditados de HealthNet.

Al utilizar las directrices estatales y nacionales, los proveedores y otro personal de HealthNet pueden proveerle a mi hijo(a) (de 14 años o más de edad) cuidado de salud privado para el control de la natalidad, la detección y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y referirlo(a) para tratamiento de abuso de sustancias. Si mi hijo(a) necesita estos servicios, esta información no será compartida conmigo, a menos que mi hijo(a) indique lo contrario.

Pago

Estoy de acuerdo con pagar por el cuidado y los servicios que mi hijo(a) o yo reciba. Si tengo seguro médico, HealthNet puede cobrar el dinero a mi compañía de seguros para pagar mi cuenta. Sé que tengo que pagar lo que mi seguro no cubre. Sé que si no pago, mi cuenta pasará a cobranzas.

Privacidad

Usaremos y puede que necesitemos compartir su información médica personal para su tratamiento, obtener el pago por el cuidado que proveemos y seguir con nuestro negocio. Para ayudarle a comprender cómo protegemos su información médica y cómo gestionarla, por favor lea el folleto “Notificación de prácticas de privacidad” (Notice of Privacy Practices).

Intercambio de Información de Salud de Indiana

Sé que HealthNet y otras organizaciones locales de cuidado de salud comparten información en un intercambio de información de salud. Este intercambio permite a los proveedores consultar la información de salud de otras organizaciones cuando proveen cuidado a un paciente. Un proveedor de otra organización de cuidado de salud que nos esté tratando a mí o a mi hijo(a), puede obtener y usar nuestra información de salud para proveernos el mejor cuidado. También entiendo que un proveedor de HealthNet puede obtener y usar mi información de salud o la de mi hijo(a) de otra organización de cuidado de salud.

HealthNet me ha dado la copia más reciente del folleto “Notificación de prácticas de privacidad”. Este folleto se encuentra también en el sitio web de HealthNet. Sé que el “Manual de paciente nuevo” (New Patient Handbook) se puede encontrar en el sitio web de HealthNet en www.indyhealthnet.org. Entiendo que si no puedo acceder a este manual en línea o si quiero una copia impresa, puedo solicitarla. He leído y comprendo lo anterior.

No presentación/cancelación

Consulte nuestro “Manual de paciente nuevo” para conocer nuestra política de no presentación y cancelación.



Staff Use Only:
Account Number: _____

Consentimiento informado de cuidado de salud virtual

El cuidado de salud virtual le permite a mi proveedor diagnosticar, consultar, tratar y educar a través de los medios interactivos de audio, video, sitio web, monitorización remota o comunicación de datos sobre mi tratamiento.

Comprendo que::

Tengo derecho a la privacidad con el cuidado de salud virtual bajo las mismas leyes que protegen mi información médica en las visitas en persona. Cualquier información que yo comparta durante mi visita, es usualmente privada.

Hay algunas excepciones, tales como tener que reportar sobre abuso a niños, personas mayores y adultos dependientes. Si mi proveedor cree que soy un peligro para mí mismo o para otros, tiene el derecho de quebrantar la privacidad para prevenir la amenaza de peligro.

Si bien puedo beneficiarme del cuidado virtual, no hay garantía de que todo el tratamiento será efectivo.

Hay riesgos únicos en el cuidado virtual. Algunos de estos riesgos incluyen la posibilidad de que la comunicación de mi proveedor pueda cortarse, interrumpirse o distorsionarse por fallas técnicas. La comunicación podría ser accedida por personas quienes no tienen autorización para tener mi información médica.

El tratamiento de cuidado virtual es diferente al tratamiento en persona y el proveedor puede decidir que tendría mejor servicio en una visita en persona.

El cuidado de salud virtual no es para emergencias médicas. No dependeré del cuidado de salud virtual para las necesidades de cuidado inmediato.

Puedo cancelar mi consentimiento para el cuidado de salud virtual en cualquier momento mediante una notificación por escrito.

He leído y comprendo la información anterior y no tengo más preguntas.

Nombre del paciente en letra de imprenta:: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/guardián:: _____ Fecha: _____

Nombre del personal en letra de imprenta: _____ Título _____

Firma del personal: _____