



Lower Lights

Christian Health Center

Políticas de Privacidad – Consentimiento del Paciente

He leído y comprendido las políticas de privacidad y, por tanto, doy mi autorización para que el centro de salud cristiano *Lower Lights* (LLCHC, por sus siglas en inglés) haga uso de mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para los siguientes propósitos:

Consentimiento para el tratamiento: Yo autorizo a las doctoras de LLCHC y a cualquier empleado que trabaje bajo su dirección para que nos brinden atención médica a mí o al paciente que está bajo mi protección o tutela. Tal atención médica puede incluir servicios y suministros relacionados con mi salud, entre ellos: cuidados preventivos, diagnóstico, terapia, manejo de cuidado médico, cuidados paliativos, psicoterapia, valoración del estado físico o mental, y la venta o despacho de medicamentos, aparatos médicos, equipo y otros artículos necesarios y de prescripción médica. Este consentimiento le permite a LLCHC establecer contacto y conversaciones con otros profesionales en salud para su cuidado y tratamiento. Entiendo que LLCHC participa de uno o más *intercambios de información médica* (HIE, por sus siglas en inglés) y que puede hacer uso de tales intercambios para buscar u obtener información y ofrecer atención médica de mejor calidad. Entiendo que al firmar este documento doy mi consentimiento para que LLCHC y otros profesionales de la salud puedan buscar, compartir y tener acceso a mi información médica.

Consentimiento para la divulgación de información médica para pagos, transacciones y asignación de beneficios: Yo autorizo, además, a LLCHC para que suministre mi información médica a la compañía de seguros correspondiente, para facturar y recolectar el pago de cualquier servicio brindado. Asimismo, consiento en ceder todos los pagos por los servicios recibidos. Entiendo que tengo la responsabilidad de abonar todos los copagos, cantidades referidas a las franquicias o deducibles y a otras sumas de dinero que fuentes pagadoras consideren de mi responsabilidad, como lo exigen el contrato del seguro médico que me respalda y las leyes del estado. Es mi responsabilidad obtener toda la información relacionada con mi plan de salud, en lo que respecta a cobertura por servicios médicos. Asimismo, si decidiera buscar atención médica fuera del contrato de seguro, asumiré la responsabilidad de todos los cargos en que incurra. Entiendo que mis datos personales o médicos también podrían ser usados para cualquier transacción o necesidad operativa, según lo estipulado en las políticas de privacidad.

Consentimiento a la notificación sobre las políticas de privacidad: Reconozco que tuve la oportunidad de leer la notificación sobre las políticas de privacidad durante el proceso de registro. Asimismo, entiendo que los términos expresados en las políticas de privacidad pueden variar y que puedo solicitar en cualquier momento, ya sea por teléfono o por escrito, una copia de tales políticas. Entiendo que tengo derecho a saber sobre el uso que se le está dando a mi información médica y, de igual manera, tengo derecho a restringir la forma en que se divulgue o comparta tal información, sin embargo; LLCHC no está obligada a aceptar los límites o restricciones que yo imponga. Por otro lado, si se llegase a un acuerdo entre las partes, LLCHC quedaría obligada a respetar los términos del acuerdo.

Entiendo que LLCHC puede negarse a ofrecerme atención médica si me niego a aceptar estas condiciones. Entiendo, asimismo, que en cualquier momento que lo desee puedo anular o dejar sin efecto este consentimiento, no obstante; en el momento en que así lo hiciere, LLCHC podría no ofrecerme más servicios médicos. Por otro lado, si anulo esta autorización, tal revocación quedaría sin efecto hasta que LLCHC la reciba por escrito.

Firma del paciente / tutor legal _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Parentesco (en caso de no ser el paciente) _____

El paciente no está en capacidad de firmar debido a _____

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO: Por la presente revoco la autorización otorgada anteriormente.

Firma del paciente / tutor legal _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Parentesco (en caso de no ser el paciente) _____

Patent Name: _____ DOB: _____