



Lower Lights

Christian Health Center

Prácticas de privacidad – Consentimiento del paciente

He leído y entiendo las prácticas de privacidad que me entregaron y doy mi autorización para que LLCHC use mi información de salud

protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con los siguientes fines:

Consentimiento para recibir tratamiento: Doy mi autorización para que los médicos de LLCHC y los empleados que trabajen bajo las órdenes del médico me proporcionen atención médica o se la proporcionen al paciente de quien soy el tutor legal. Esto puede incluir servicios e insumos relacionados con mi salud y puede incluir (entre otros) atención de diagnóstico, terapéutica, de mantenimiento, paliativa, asesoramiento, evaluación o revisión del estado/la función física o mental, y la venta o el expendio de medicamentos, dispositivos, equipos u otros elementos requeridos y de acuerdo con una receta. Este consentimiento es válido para consultas en persona y de telesalud. Este consentimiento incluye el contacto y la conversación con otros profesionales de atención médica. Entiendo que LLCHC participa en uno o más Intercambios de información de salud (Health Information Exchanges) y puede usarlos para buscar o acceder a información de salud a fin de brindar una atención de mejor calidad. Entiendo que, si firmo este formulario acepto que LLCHC, y otros proveedores de atención médica, puedan buscar, acceder y compartir mi información de salud.

Consentimiento de divulgación de información para pago/operaciones y asignación de beneficios: También acepto que LLCHC envíe mi información a la compañía aseguradora de salud identificada para cualquier actividad de pago. Doy mi consentimiento para asignar todos los pagos por servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los copagos, importes aplicados a los deducibles y otros importes que las fuentes del pagador puedan considerar mi responsabilidad, de acuerdo con el contrato de mi plan de seguros y las normas estatales. Es mi responsabilidad obtener toda la información de mi plan de salud acerca de la cobertura de servicios y, si busco atención fuera del contrato, soy responsable de todos los gastos en los que se haya incurrido. Entiendo que mi información también se puede usar por necesidades operativas según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.

Consentimiento para el Aviso de prácticas de privacidad: Acepto que durante el proceso de inscripción tuve oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que estos términos pueden cambiar y que puedo solicitar una copia de estas prácticas por teléfono o por escrito en cualquier momento. Entiendo que tengo derecho a saber cómo se usa mi información y también a restringir cómo se comparte. LLCHC no tiene obligación de aceptar mis restricciones, pero si se llega a un acuerdo, LLCHC está sujeto al acuerdo.

Lower Lights Christian Health Center forma parte de un convenio de atención médica organizado que incluye participantes en OCHIN. Hay una lista actualizada de participantes de OCHIN disponible en www.OCHIN.org. Como socio comercial de Lower

Lights Christian Health Center, OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a Lower Lights Christian Health Center y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de prácticas recomendadas y tener acceso a beneficios clínicos que pueden surgir como consecuencia del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar el manejo de las derivaciones internas y externas de los pacientes. Lower Lights Christian Health Center puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario a los fines de la operación de la atención médica del convenio de atención médica organizado.

Entiendo que LLCHC puede rehusarse a prestarme servicios si no acepto estas condiciones. Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento, pero LLCHC puede, en ese caso, rehusarse a prestarme servicios. Si elijo revocar este consentimiento, solo entrará en vigor una vez que LLCHC lo reciba por escrito.

Paciente/Tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación (si no es el paciente) _____

El paciente no puede firmar por _____

**REVOCACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO:**

**Por el presente documento, revoco el consentimiento otorgado
anteriormente.**

Paciente/Tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____ Relación (si no es el paciente) _____