

Registro y consentimiento general

Alcona Ciudadanos por la Salud, Inc.

Lo entiendo:

- Alcona Citizens for Health, Inc. (AHC) ofrece atención en un entorno integrado (combinado), médico, salud conductual y, en algunos entornos, dental y farmacia.
- Tengo derecho, como paciente, a ser informado sobre mi condición y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar una decisión informada sobre si someterme al tratamiento sugerido después de conocer el riesgo y los peligros involucrados. Este es un formulario de consentimiento general en el que otorgo mi permiso para que AHC realice la evaluación necesaria para ayudar a identificar el tratamiento potencial apropiado para mí.
- Parte de la información de salud está especialmente protegida. Debo dar mi consentimiento para compartir esta información en algunos casos. Esta información incluye el estado de VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS), tuberculosis (TB), hepatitis B, información genética e información sobre salud conductual y trastornos por uso de sustancias.
- Mis registros de salud son electrónicos e incluyen todos los servicios que recibo en AHC y toda la información de salud especialmente protegida.
- AHC ha implementado protecciones para mantener la privacidad y precisión de toda mi información médica, incluido el tratamiento del trastorno por uso de alcohol y sustancias.
- Estas protecciones siguen todas las leyes de privacidad estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y el Código de Salud Mental de Michigan.
- Puedo pedirle a AHC que limite el uso de mi información médica protegida (PHI).
- Mi tratamiento puede ser fotografiado o grabado en video / audio con fines médicos o educativos. Las imágenes que me identifiquen solo se divulgarán si doy mi consentimiento o si es necesario para mi tratamiento.
- Mi proveedor tratará solo lo que sea capaz de tratar. Puedo pedir otra opinión de un proveedor supervisor o de un proveedor diferente.
- Puedo pedir ser visto por un proveedor específico.
- AHC participa en programas de enseñanza, llevando a los estudiantes a las oficinas de AHC. Debo dar mi consentimiento para que un estudiante me examine. Toda la atención proporcionada por un estudiante está bajo la supervisión directa de su supervisor de AHC.
- Puedo optar por no recibir ningún servicio recomendado por mi proveedor a menos que sea requerido por una orden judicial.
- AHC puede informarme si soy elegible para participar en estudios de investigación. Mi decisión de participar en la investigación no afectará mi atención y es voluntaria.
- AHC ofrece acceso seguro en línea a mis registros médicos electrónicos a través del portal del paciente. Este acceso es voluntario.
- AHC puede informar a mi familia o amigos sobre mi ubicación y condición si hay una emergencia o desastre.
- Tengo derecho a hablar con AHC sobre los propósitos, riesgos potenciales y beneficios de cualquier prueba o plan de tratamiento recomendado. Si tengo alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por nuestro médico, AHC me anima a hacer preguntas.
- Autorizo voluntariamente a los proveedores de AHC, y a todas las personas designadas según se

considere necesario, a realizar pruebas razonables y necesarias y sugerir tratamiento para la afección que me ha llevado a buscar atención para AHC.

Tratamiento de telesalud

Lo entiendo:

- La telesalud es la prestación de servicios que utilizan tecnologías interactivas (incluidos, entre otros, video, teléfono, prueba, aplicaciones y correo electrónico) entre mi proveedor y yo, que no estamos en la misma ubicación física. Este servicio no implica comunicación directa cara a cara.
- Las tecnologías utilizadas en telesalud incluyen medidas de seguridad de red y software para proteger la privacidad de mi información comunicada a través de cualquier red electrónica. Por pequeños que sean, todavía existen riesgos con el software y las conexiones basadas en Internet, incluidos los riesgos con piratas informáticos u otras violaciones de seguridad de Internet.
- Necesitaré acceso y familiaridad con la tecnología apropiada para participar en el servicio prestado. Debo tener un correo electrónico para recibir un enlace para acceder al servicio de telesalud y acceder a un dispositivo con conexión a Internet. La correspondencia por correo electrónico para la sesión de telesalud no está cifrada.
- Todos los servicios están documentados en mi registro de salud.
- El intercambio de documentos se proporcionará a través de medios electrónicos o por correo.
- Los detalles de mi historial médico e información de salud personal pueden discutirse conmigo y con otros proveedores utilizando video interactivo, audio u otra tecnología de telecomunicaciones.
- Se me informará si hay personas adicionales en el lugar con el proveedor y podré dar mi consentimiento antes de que una persona adicional esté presente.
- Es mi responsabilidad mantener la privacidad en mi parte de la comunicación. Es importante tener en cuenta a las personas en la misma habitación o área que pueden escuchar las conversaciones en la visita.
- Existen riesgos, no limitados a, interrupción del servicio debido a dificultades técnicas. Es mi responsabilidad contactar a la clínica AHC si la sesión está desconectada.
- Si surge la necesidad de servicios directos cara a cara, es mi responsabilidad contactar a mi centro de salud para una cita cara a cara.
- Mi participación en el proceso de telesalud es voluntaria, puedo rechazar cualquier servicio de telesalud en cualquier momento sin poner en peligro mi acceso a la atención, los servicios y los beneficios futuros.
- Se creará un plan de emergencia en preparación para situaciones de emergencia, interrupción del servicio u otras comunicaciones. Estoy de acuerdo en que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y las crisis, son inapropiadas para los servicios médicos basados en audio / video / computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o buscar ayuda en un hospital en mi área inmediata.
- Debo dar mi consentimiento para una visita de telesalud, y el consentimiento puede expresarse verbalmente en presencia de un empleado de AHC.
- Las sesiones de telesalud no se graban.

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

He leído y entiendo el aviso de Prácticas de Privacidad.

Lo entiendo:

- Después de HIPAA, AHC usará y compartirá mi PHI para:
 - Tratamiento de mi(s) condición(es) de salud y prestación de atención continua (continua)
 - Pago de mis servicios de salud

- Investigación
- Procesos de rutina que incluyen mejora de la calidad, acreditación, fines educativos u otras divulgaciones según lo exija la ley.
- El Aviso de prácticas de privacidad está disponible para mí en la(s) ubicación(es) donde recibo mis servicios de atención médica en el sitio web de AHC.

Los registros electrónicos de salud y mi información médica protegida (PHI)

Doy mi consentimiento para:

- AHC trabajando con otros proveedores de atención médica para coordinar, administrar y brindarme atención médica.
- AHC usa y comparte mi PHI e información médica especializada a través de comunicación escrita, verbal o electrónica con el propósito de:
 - Recetas con mi farmacia preferida
 - Derivaciones a especialistas
 - Coordinación de la atención
 - Comprobación del estado actual del seguro
 - Certificación de preadmisión o duración continua de la estadía
 - Otros propósitos necesarios para mejorar la calidad de la atención médica que recibo; Por ejemplo, evitar pruebas innecesarias o repetidas
- AHC usa y comparte mi PHI e información médica especialmente protegida para fines de pago a:
 - Compañías de seguros
 - Organizaciones de atención administrada
 - Mi empleador (si me lesiono en el trabajo)
 - Programas del gobierno estatal y federal como Medicaid y Medicare
 - Programas de Compensación para Trabajadores

El Intercambio de Atención Médica y Mi Información de Salud Protegida

Lo entiendo:

- AHC participa en un Intercambio de Información de Salud (HIE) a través de MiHIN, que sigue todas las leyes de privacidad estatales y federales para mantener la seguridad de mi información médica protegida.
- Entiendo que hay más información disponible sobre HIE y MiHIN en los lugares donde recibo mis servicios de atención médica y en el sitio web de AHC.

Doy mi consentimiento para:

- Participa en el HIE. Entiendo que todo mi registro de salud, incluida la información especialmente protegida (consulte el segundo punto en la sección "Doy mi consentimiento para" Registro electrónico de salud y Mi información de salud protegida para obtener información sobre información especialmente protegida).

Asignación de beneficios y responsabilidad financiera

Lo entiendo:

- Si no asigno beneficios, se me facturará el costo total de todos los servicios, incluido el tratamiento de trastornos de salud conductual y uso de sustancias.
- Si mi seguro no paga por la totalidad o parte de mis servicios, puedo ser responsable de pagar por esos servicios.
- Debo seguir las políticas financieras de AHC para continuar mi atención en AHC.
- Entiendo que si la información del seguro está en mi registro, se facturará el plan de seguro.
- Si no hay un seguro listado en el registro y el paciente no ha solicitado otros arreglos por

adelantado, se espera el pago en el momento del servicio.

- El pago puede hacerse en efectivo, cheque, giro postal, VISA, Discover o Master Card.
- Se cobrará una tarifa al emisor por todos los cheques devueltos por fondos insuficientes. Esta tarifa será establecida periódicamente por AHC.
- AHC ofrece un programa de tarifa reducida (móvil) para aquellos que califican. Por favor, pregunte si necesita más información.
- A nadie se le negarán los servicios en función de su capacidad de pago. La capacidad de pago está determinada por las Pautas Federales de Pobreza que se publican anualmente.
- Si se han hecho arreglos para pagar las cuotas y no se cumplen los términos del acuerdo, se pueden iniciar procedimientos de cobro de acuerdo con la Política de AHC. Todos los saldos impagos están sujetos a las políticas de cobro de AHC.
- El adulto / tutor firma este formulario de registro para un niño menor de edad es responsable del pago completo de los servicios prestados al niño menor de edad.
- AHC acepta pagos de la mayoría de las principales compañías de seguros. Toda la información del seguro debe proporcionarse a AHC dentro de los 30 días a partir de la fecha del servicio o los cargos serán responsabilidad del paciente / tutor. AHC se reserva el derecho de agregar o eliminar planes de seguro de los cuales se aceptará el pago.
- Si AHC no puede obtener el pago / explicación del beneficio de su compañía de seguros dentro de los 60 días a partir de la fecha de facturación, todos los cargos serán responsabilidad del paciente o del padre / tutor de un niño menor de edad.

Doy permiso para:

- Mi seguro para pagar mis beneficios directamente a AHC.

Comunicándose conmigo

Lo entiendo:

- AHC dejará mensajes en el número de teléfono que le doy para recordatorios de citas, resurtidos de recetas e información de programación para referencias y / o pruebas.
- AHC también puede enviarme mensajes de texto o correos electrónicos utilizando la información de contacto que proporciono.

Estoy de acuerdo con todo lo anterior y entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante 12 meses.

«Nombre del paciente»«Apellido del paciente» , «Fecha de nacimiento»

«Firma del sistema» «Fecha del sistema»

Firma del paciente/padre/tutor legal

Si no se obtiene una firma, el personal debe firmar el formulario de buena fe que han intentado obtener singature.

«Firma del sistema»

«Fecha del sistema»

Firma del personal

Este formulario cumple con las regulaciones de privacidad de HIPAA, 45 CFR Partes 160 y 164 modificadas el 14 de agosto de 2002, 42 CFR Parte 2, PA 258 de 1974 y MCL 330.1748 y PA 368 de 1978, MCL333.1101 et seq y PA 129 de 2014, MCL330.1141a.