

PAQUETE DE INGRESO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Atención de Urgencias — Corporación Profesional

B2-02 | Versión 2.0 Actualizado | Fecha de Vigencia: [Fecha]

1. Consentimiento General para Evaluación y Tratamiento

(SE REQUIERE FIRMA)

Doy mi consentimiento voluntariamente para recibir evaluación y tratamiento en este centro de atención de urgencias por profesionales de la salud con licencia que actúan dentro de su ámbito de práctica.

Entiendo que los servicios de atención de urgencias se brindan para atender preocupaciones médicas agudas. Las decisiones clínicas se basan en el juicio profesional, la presentación del paciente y la información razonablemente disponible al momento de la consulta.

Autorizo al clínico tratante a realizar exámenes, pruebas diagnósticas, procedimientos y tratamientos médicamente apropiados y razonablemente necesarios para evaluar y manejar mi condición.

La evaluación se limita al alcance de la atención de urgencias y los recursos ambulatorios disponibles al momento de la consulta.

Entiendo que:

- Ningún resultado o resultado específico está garantizado.
- Puedo hacer preguntas sobre mi atención en cualquier momento.
- Puedo rechazar o retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.
- En caso de que no pueda proporcionar consentimiento durante una condición urgente o emergente dentro de las capacidades de esta instalación, el tratamiento puede proporcionarse según lo permitido por la ley bajo el principio de consentimiento implícito.

Si firma en nombre de un menor o adulto dependiente, declaro que soy el padre, tutor legal o representante autorizado con autoridad para consentir el tratamiento.

Nombre del Paciente:

Firma:

Relación con el Paciente (si aplica):

Fecha:

2. Responsabilidad Financiera, Asignación de Beneficios y Divulgación de Seguro

(SE REQUIERE FIRMA)

La verificación del seguro se realiza como cortesía administrativa y no garantiza cobertura ni pago. La determinación final de los beneficios la realiza mi aseguradora después de la presentación del reclamo.

Acepto ser financieramente responsable de los cargos en la medida en que lo permita la ley aplicable y los términos de mi plan de salud, incluidos los copagos, deducibles, coseguros y servicios no cubiertos aplicables. Si mi plan de seguro está fuera de la red, entiendo que puedo ser responsable de una mayor parte de los cargos de conformidad con la ley aplicable.

Los montos cobrados en el momento del servicio son estimaciones basadas en la información razonablemente disponible en ese momento. Pueden ocurrir facturaciones o reembolsos adicionales después de la adjudicación del seguro. Las políticas financieras están disponibles a pedido.

Asignación de Beneficios: Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a la Corporación Profesional por los servicios prestados. Esta autorización permanece válida para el episodio de atención actual a menos que se revoque por escrito en la medida en que lo permitan la ley aplicable y los requisitos del pagador.

Autorización para Divulgación para Pago y Operaciones: Autorizo la divulgación de información médica razonablemente necesaria para procesar reclamos, obtener pagos y llevar a cabo operaciones de atención médica según lo permitido por la ley estatal y federal aplicable.

Nombre del Paciente:

Firma:

Fecha:

3. Autorización para Fotografía Clínica

(SE REQUIERE FIRMA)

Autorizo la toma de fotografías clínicas o imágenes digitales cuando sea médicamente apropiado para la documentación de mi condición, procedimientos o tratamiento.

Entiendo que dichas imágenes:

- Forman parte de mi expediente médico confidencial.
- Se utilizan para atención clínica, documentación, operaciones de atención médica y fines relacionados permitidos por la ley.
- Están protegidas de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables.

Las imágenes clínicas no se utilizarán para marketing, publicidad o exhibición pública sin una autorización escrita por separado.

Nombre del Paciente:

Firma:

Fecha:

4. Aviso de Prácticas de Privacidad (Reconocimiento HIPAA)

(SE REQUIERE RECONOCIMIENTO)

Reconozco que se me ha informado sobre la disponibilidad del Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo puede usarse y divulgarse mi información de salud de acuerdo con la ley federal y de California.

Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso en cualquier momento.

Iniciales del Paciente:

Fecha:

5. Derechos y Responsabilidades del Paciente

(SE REQUIERE RECONOCIMIENTO | PUBLICADO EN LA CLÍNICA)

Reconozco que se me ha informado de mis derechos y responsabilidades como paciente, incluyendo:

- El derecho a una atención respetuosa y no discriminatoria
- El derecho a participar en la toma de decisiones médicas
- El derecho a la privacidad y confidencialidad de mi información de salud
- El derecho a recibir información sobre mi diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que pueda entender
- El derecho a rechazar el tratamiento recomendado después de ser informado de las posibles consecuencias
- La capacidad de plantear preocupaciones o quejas sin represalias ni impacto en el acceso a la atención

Iniciales del Paciente:

Fecha:

6. Asistencia de Idioma y Accesibilidad

(SE REQUIERE RECONOCIMIENTO | PUBLICADO)

Los servicios de asistencia de idioma, incluidos los servicios de intérprete, están disponibles sin costo cuando se necesiten. Puedo solicitar asistencia en cualquier momento.

Se dispone de adaptaciones razonables para personas con discapacidades de conformidad con la ley aplicable.

Iniciales del Paciente:

Fecha:

7. Consentimiento para Contacto y Preferencias de Comunicación

(SE REQUIERE FIRMA)

Autorizo a la práctica a contactarme con respecto a mi atención, incluida la comunicación de resultados diagnósticos, recomendaciones de seguimiento e información sobre citas, utilizando los métodos de contacto que he proporcionado.

Método de contacto preferido (marque todos los que apliquen):

- Llamada telefónica
- Mensaje de texto (SMS)
- Portal seguro del paciente
- Correo electrónico

Entiendo que las comunicaciones electrónicas pueden tener limitaciones de privacidad inherentes. Los mensajes de texto estándar y el correo electrónico no están cifrados a menos que se especifique lo contrario. La práctica utilizará medidas de seguridad razonables de conformidad con las leyes de privacidad aplicables.

Puedo actualizar mis preferencias de contacto en cualquier momento notificando a la recepción. La práctica puede utilizar un criterio razonable para seleccionar los métodos de comunicación en función de la urgencia clínica y las consideraciones operativas.

Nombre del Paciente:

Firma:

Fecha:

8. Consentimiento para Telesalud

(SE REQUIERE FIRMA CUANDO SE USA TELESALUD)

Divulgación según California B&P; §2290.5 Esta sección satisface los requisitos de consentimiento informado para telesalud del Código de Profesiones y Negocios de California §2290.5(b). Se aplica cuando un proveedor se une a su consulta por audio y video en lugar de en persona.

Doy mi consentimiento para recibir atención a través de telesalud, que utiliza tecnología de comunicación de audio y video electrónica para brindar evaluación y tratamiento médico cuando mi proveedor no está físicamente presente en la clínica.

Comprendo y reconozco lo siguiente:

- Mi consentimiento para la telesalud es voluntario. Puedo retener o retirar mi consentimiento en cualquier momento antes o durante la consulta sin que ello afecte mi derecho a recibir atención futura en esta práctica.
- Tengo derecho a solicitar atención en persona como alternativa a la telesalud. Si prefiero una visita presencial, la práctica hará esfuerzos razonables para atender esa solicitud según la disponibilidad de horarios y la capacidad operativa.
- Puedo solicitar un proveedor diferente si decido no continuar con la consulta de telesalud tal como se ofrece.
- La telesalud tiene limitaciones inherentes, incluyendo la ausencia de examen físico directo por parte del proveedor remoto, la dependencia de la disponibilidad de tecnología y la calidad de la conexión, y la posibilidad de fallas técnicas que pueden requerir reprogramar la cita o cambiarla a una visita presencial.
- La transmisión electrónica de mi información de salud conlleva riesgos de privacidad. La práctica utiliza plataformas y medidas de seguridad que cumplen con HIPAA para proteger mi información. En caso de una violación de confidencialidad, tengo derechos descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad (Sección 4).
- El proveedor puede determinar en cualquier momento que es clínicamente necesaria una evaluación en persona, y se me informará y se me ofrecerán los próximos pasos apropiados.
- Los servicios de telesalud se rigen por el mismo estándar de atención que las visitas en persona.
- Las consultas de telesalud no se graban sin mi autorización expresa por separado. La ley de California (Código Penal §632) requiere el consentimiento de todas las partes para grabar.

Al firmar a continuación confirmo que estas divulgaciones me han sido comunicadas y que doy mi consentimiento para recibir atención por telesalud en los términos descritos anteriormente.

Nombre del Paciente:

Firma:

Relación con el Paciente (si aplica):

Fecha:

Declaración del personal: Las divulgaciones de consentimiento para telesalud se comunicaron verbalmente y esta sección fue completada. Documentado en el expediente clínico.

Nombre del Personal (en letra de molde):

Fecha:

9. Reconocimiento del Alcance de Atención de Urgencias

(SE REQUIERE RECONOCIMIENTO)

Entiendo que esta instalación es un centro de atención de urgencias y no es un hospital ni un departamento de emergencias hospitalario.

La atención de urgencias no proporciona monitoreo continuo, admisión hospitalaria ni servicios avanzados de cuidados críticos.

La atención de urgencias proporciona evaluación ambulatoria y manejo limitado de condiciones agudas.

Si mi condición requiere un nivel de atención más alto, puedo ser referido o trasladado a un departamento de emergencias u otra instalación según se indique clínicamente.

Iniciales del Paciente:

Fecha:

FIN DEL PAQUETE DE INGRESO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

B2-02 v2.0 Actualizado | La Esperanza Health Optimization | Referencias: B1-14 §6, B2-TH