

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Para que te conviertas en un paciente, necesitamos su consentimiento para proporcionarle atención. También le necesitamos reconocer que le hemos proporcionado con cierta información y documentos importantes. Si usted tiene alguna pregunta acerca de cualquiera de esta información o necesita ayuda para completar este formulario, por favor no dude en preguntar a un miembro de nuestro personal. Es importante para nosotros que usted se sienta cómodo con toda esta información. Al firmar, usted está indicando que usted entiende la información, se les ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y están dando su consentimiento.

### CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAR

Yo voluntariamente estoy de acuerdo en recibir los servicios de Centro de Salud de Afinidad, y autorizar a los proveedores de AHC para proporcionar dicha atención, tratamiento o servicios que se consideren necesarios y convenientes para mí. Entiendo que debo participar en la planificación de mi cuidado y que tengo el derecho de rechazar las intervenciones, tratamiento, atención, servicios o medicamentos en cualquier momento en la medida en que la ley permite. Yo sé que la atención que recibiré puede incluir pruebas, inyecciones, y otros medicamentos, etc., que se basan en criterios médicos establecidos, pero no libre de riesgos. Prueba del VIH se incluye como una parte rutinaria de la atención a menos que, el paciente, decide rechazar las pruebas que debe hacerse mediante notificación al proveedor médico. Si fuera necesario, autorizo al personal de AHC para obtener asistencia médica de emergencia para mí desde el Servicio Médico de Emergencia y / o en el hospital. Yo autorizo AHC a proveer tal cuidado y tratamiento por telesalud.

### MODELO INTEGRADO DE CUIDADO

AHC ofrece una amplia variedad de servicios para sus pacientes. Entiendo que para mí para conseguir la mejor atención posible, los programas dentro de AHC pueden compartir información con respecto a mi salud para garantizar la calidad y continuidad de mi atención a través de las áreas de servicio. También entiendo que los servicios son entregados por un equipo multidisciplinario bajo la supervisión directa de un médico. Autorizo a mi proveedor de discutir con terceros la información AHC incluyendo el diagnóstico (s), historia clínica, exámenes físicos, tratamientos y hospitalizaciones-que se consideren necesarias y adecuadas para ofrecer atención médica a mí. Solicito que mi información de salud protegida se comunicará con otros directamente involucrados en mi cuidado. El proveedor de cuidado designado enumerado mantendrá una copia de este documento como una parte permanente de mi expediente médico que se copian como se requiere con el fin de permitir la comunicación de mi información de salud protegida, de conformidad con HIPAA. Entiendo que mis proveedores de atención de la salud usarán juicio para determinar la cantidad mínima de información que debe ser compartida para cuidar de mí.

### DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Se me ha dado una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente documento AHC y comprendo que tanto los derechos y responsabilidades establecidos en ese documento deben regir mis interacciones en AHC. También entiendo que AHC y yo somos responsables de la adhesión a los Derechos y Responsabilidades. Yo entiendo que tengo el derecho de presentar una queja con AHC, como se describe en los derechos del paciente. Los derechos del paciente contiene información acerca de ser un paciente en AHC y servicios que ofrecen AHC.

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA FACTURACIÓN

Sé que AHC puede enviar partes de mi información personal de salud a organizaciones que ayudan a pagar por mi cuidado, como mi compañía de seguros o una organización que otorga dinero para AHC. Me permito AHC para liberar las partes pertinentes de mi expediente para que mi atención se puede pagar. Si no me siento cómodo con esto, entonces entiendo que puedo solicitar un mayor nivel de protección de la privacidad que me está garantizada en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y Ley de Responsabilidad (HIPAA).

### RECONOCIMIENTO DEL DEBER DE REEMBOLSA AHC PARA SERVICIOS DE SALUD

Entiendo que AHC ofrece una lista de tarifas con grandes descuentos a las personas que se consideran incapaces de pagar en función de su nivel de ingresos. Con el fin de ser elegibles para la Lista de Honorarios descuento de AHC, necesitaré proporcionar AHC con documentación que acredite que cumplo con los requisitos de elegibilidad de ingresos. Si no proporciono los documentos a AHC, soy responsable de pagar mis honorarios por los servicios médicos, de salud mental, nutricionales y / o dentales recibidos en AHC en su totalidad en el momento del servicio. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente AHC de cualquier cambio de cobertura médica a medida que ocurren. También entiendo que si soy un paciente asegurado con seguro AHC no acepta, o un paciente con una obligación de pago del paciente que deja de pagar cuotas o copagos debido en el momento del servicio, puedo no ser programados para futuras citas hasta el momento como un plan de pago está configurado con AHC.

**Al firmar mi nombre abajo, yo reconozco que he leído y entiendo completamente cada uno de los párrafos separados establecidos anteriormente y el consentimiento libre, voluntaria y sin coacción. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en relación con este consentimiento.**

Firma:	Fecha:
Imprimir Nombre (Imprimir relación también, si no es el paciente):	Fecha de nacimiento:

**RECONOCIMIENTO DE PACIENTES DE OBLIGACIÓN FINANCIERA**

*Propósito: Centro de Salud de afinidad determina y supervisa los pacientes co-pagos para todos los servicios médicos prestados, utilizando la lista de tarifas del Centro de Salud de Afinidad con descuento.*

***Entiendo que soy responsable de:***

- Contribuir al costo de mi cuidado y tratamiento que mi cobertura de seguro de salud requiere y basado en mi capacidad de pago;
- Proporcionar AHC con la información que necesita para recibir el reembolso para el tratamiento de los servicios que presta a mí;
- Solicitud de consideración para tarifas de descuento bajo AHC descuento Cuota Horario basado en mis ingresos de los hogares, y proporcionar documentación para apoyar la elegibilidad para tarifas de descuento que pueden ser solicitadas por AHC;
- Asistencia personal AHC con cualquier solicitud de beneficios públicos que pueden tener derecho a;
- Pagar mi copago, coseguro y / o deducible (si procede) cuando el check-in para mi nombramiento y / o cualquier otro cargo que pueden ser debidas;
- Pagar mis honorarios para, salud mental o servicios médicos dentales recibidos en AHC en su totalidad en el momento del servicio, si he sido considerado un paciente auto-pago basado en el hecho de que no tengo cobertura de seguro que AHC no acepta y se han elegido permanecer en la atención a AHC.
- Proporcionar prueba de ingresos y prueba de residencia.
- Para los pacientes sin seguro: Entiendo que si cambia mi ingreso de los hogares, voy a traer la documentación de esos cambios a AHC para la evaluación en la lista de tarifas con descuento.

***Entiendo que si soy un paciente de auto-pago o un paciente asegurado con una obligación de pago del paciente que deja de pagar cuotas o copagos, debido al tiempo de servicio, puede que no se programará para citas futuras hasta el momento en un plan de pago es configurar.***

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre Impreso:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Como paciente del Centro de Salud de afinidad, que tiene los siguientes DERECHOS:

1. Atención considerada y respetuosa - Tengo derecho a recibir una atención considerada, digna y respetuosa de todos los empleados y voluntarios de Centro de Salud de Afinidad, a pesar de mi condición física o emocional.
2. Privacidad - Tengo el derecho a la privacidad en los asuntos relacionados con mi cuidado; Sin embargo puede haber ocasiones en las que es necesario discutir los aspectos de mi cuidado con otro personal o supervisores implicados en mi cuidado Centro de Salud de Afinidad.
3. Confidencialidad - Tengo derecho a esperar que el Centro de Salud de Afinidad mantendrá absoluta confidencialidad de mis datos, de acuerdo con la ley estatal y federal. Cualquier información acerca de mi caso concreto que se libera a otra agencia sólo será transferido después de una autorización para utilizar y / o divulgar información médica está firmada por mí o mi tutor legal. Además, entiendo que mi derecho a la confidencialidad no anula "el deber de advertir" de AHC responsabilidad. Deber de advertir incluye temas como ideaciones suicidas / homicidas y / o notificación de la pareja VIH.
4. No Discriminación - Tengo derecho a servicios de calidad, sin discriminación respecto a la edad, raza, etnia, color, sexo, religión, origen nacional, situación económica, orientación sexual, preferencia afectiva o discapacidad.
5. Respuesta - Tengo derecho a una respuesta por parte del Centro de Salud de Afinidad de una manera oportuna y razonable cuando solicito los servicios, y el derecho a someterse a las pruebas tan pronto como sea posible para todos los servicios.
6. El acceso a los servicios pertinentes - Tengo derecho a saber qué servicios ofrece el Centro de Salud de Afinidad, cómo obtener estos servicios, y por qué un servicio no puede ser ofrecido a mí.
7. Participación activa en su cuidado en curso - Tengo el derecho de proporcionar a los miembros del personal de AHC con retroalimentación positiva o negativa sobre mi atención o expresar mis inquietudes o quejas sobre el Centro de Salud.

COMO PACIENTE DEL CENTRO DE SALUD DE AFINIDAD,  
QUE TENDRÁ LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES:

1. Mantener las citas programadas - yo soy responsable de mantener las citas con el personal del Centro de Salud de Afinidad y por mantener las citas con otras agencias que personal del centro de salud se han programado para mí. Si no puedo mantener a estos nombramientos, soy responsable de notificar al personal del centro de salud y / o proveedores de servicios externos antes de la hora de la cita.
2. Respetar la Agencia - Soy responsable de tratar a todos los empleados y voluntarios de AHC con atención considerada y respeto. Soy responsable de la realización de mi mismo de una manera apropiada, mientras que en la oficina de AHC, incluyendo pero no limitado a, respetando los límites personales y profesionales, absteniéndose de contacto inapropiado física o del habla, y la abstención de la conducta que amenaza, intimida o coacciona a cualquier empleado o voluntario . Si AHC me remite a un proveedor externo o agencia de servicios, también soy responsable de tratar a los empleados con respeto. Si me tratan de manera inapropiada por proveedores de servicios externos en los que AHC mí se refiere, soy responsable de notificar al personal de AHC.
3. Confidencialidad - Yo soy responsable de respetar la confidencialidad de otras personas y miraré en AHC. Todo lo que puedo oír, ver o leer sobre otros no se repetirá, en cualquier forma, a cualquier otra persona.
4. Proporcionar información actual - Soy responsable de asegurarme que AHC sepa cuando mi dirección o número de teléfono cambien, y para informar AHC rápidamente cada vez que tenga un cambio en mi seguro o la situación financiera en el momento de la cita.
5. Al llegar Sober: - Yo soy el responsable de estar sobrio y no bajo la influencia del alcohol o cualquier otra sustancia que altere el estado de ánimo no prescrita por un médico cuando tengo una reunión programada con cualquier proveedor de servicio.

**Al firmar mi nombre abajo, yo estoy verificando que entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente del Centro de Salud de afinidad. También entiendo que mis servicios con el Centro de Salud de afinidad pueden ser terminados si no cumpla mis responsabilidades dentro de este acuerdo.**

**Firma de paciente/:** guardián \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_