
Autorización del paciente para el tratamiento

Nombre de paciente _____

Fecha de nacimiento _____

LEA DETENIDAMENTE EL DOCUMENTO.

INICIE CADA UNA DE LAS HOJAS EN EL MARGEN DEL DOCUMENTO.

Autorización para el tratamiento

Por medio del presente documento, yo, el abajo firmante, autorizo al personal de atención médica de la oficina de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones proporcionarme atención médica a mí o al paciente mencionado anteriormente, si ejecuto este documento en calidad de padre/madre o tutor. Comprendo que mi registro medico incluirá información relacionada con mis citas con los proveedores de atención médica de la oficina. Yo, teniendo conocimiento que estoy padeciendo una condición que requiere diagnóstico y tratamiento médico, por la presente autorizo voluntariamente a que se lleven a cabo todos los procedimientos diagnósticos (laboratorios, rayos X, etc.) y tratamiento médico que sean necesarios de acuerdo al juicio de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha ofrecido garantía sobre el resultado de los exámenes y/o tratamientos.

Consentimiento expediente electrónico:

En el Consultorio Médico de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones, utilizamos un sistema de manejo de información en forma electrónica. Deseamos incluir en este sistema computarizado su información de salud. Protegemos la información en el sistema computarizado limitando el acceso de personas que puedan entrar o leer de la información que usted comparte con aquellos que trabajan directamente con usted y/o tienen responsabilidades administrativas en esta organización y/o la entidad que nos provee el servicio. Las formas en papel y las computadoras son almacenadas o ubicadas en un lugar accesible por esas personas. Requerimos de todo empleado de esta oficina o entidad que nos preste el servicio de información electrónico y que esté autorizado acceder o leer información en las computadoras, a comprometerse a mantener la seguridad del sistema y la confidencialidad de la información. Cualquier persona que viole este acuerdo estará expuesta a recibir las penalidades que contemplan las leyes aplicables.

Intercambio de Información de Salud (HIE)

Iriamar Vélez Quiñones, MD también participa en intercambios electrónicos de información de salud (HIE) con hospitales y varios otros servicios de salud proveedores. Autorizo a Iriamar Vélez Quiñones, MD y a los HIE con los que participa a compartir mi información de salud, a través del HIE redes, para los fines permitidos por la ley, incluido mi tratamiento y coordinación de mi cuidado, con todos los proveedores de atención médica que están autorizados bajo las políticas de HIE y la ley aplicable para acceder a mi información. Entiendo y acepto que la información sobre mí que se puede compartir y acceder a través de los HIE puede incluir información sobre el estado del VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar, tratamiento de salud mental, resultados de pruebas genéticas, uso de alcohol y otras sustancias y otras categorías de información de salud sensible. Entiendo que tengo derecho a "optar por no participar" de tener mi la información compartida a través de HIE. Un folleto HIE está disponible en la oficina de Iriamar Vélez Quiñones, MD y puede solicitarlo en cualquier momento.

Consiento que se incluya mi información de salud en el sistema computarizado de información del Consultorio Médico de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones.

Autorización para acceder a los registros electrónicos de prescripción

Autorizo a Iriamar Vélez Quiñones, MD y sus afiliados a ver mi historial de recetas externo a través de servicios de prescripción electrónica. Entiendo que el historial de recetas de otros proveedores médicos no afiliados, el personal de cuidado de la salud y de planes médicos pueden dicha información y puede incluir recetas de varios años, y puede incluir recetas para tratar el VIH, abuso de sustancias y condiciones psiquiátricas, si corresponde. Entiendo que mi historial de recetas se convertirá en parte de mi registro médico de Iriamar Vélez Quiñones, MD.

LEA DETENIDAMENTE EL DOCUMENTO.

INICIE CADA UNA DE LAS HOJAS EN EL MARGEN DEL DOCUMENTO.

Autorización de fotografías y liberación para su uso en registros médicos

Por la presente autorizo y acepto la toma de fotografías de Iriamar Vélez Quiñones, MD, sus agentes o empleados. Yo por la presente autorizo y doy mi consentimiento para el uso y almacenamiento de tales fotografías movimiento con fines de identificación y como parte de mi historial médico. Por la presente, libero a Iriamar Vélez Quiñones, MD, su personal, agentes y empleados de toda responsabilidad relacionada con la fabricación, almacenamiento y uso de tales fotografías e imágenes con fines de identificación y como parte de mi registro médico

Consentimiento para uso y divulgación de información de salud para tratamiento, pago y operaciones de salud:

Entiendo que, como parte de mi cuidado de salud, la Dra. Iriamar Vélez Quiñones, origina y mantiene expedientes de salud, describe mi historial de salud, síntomas, resultados de pruebas, exámenes, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para cuidado futuro o tratamiento. Entiendo que esta información sirve como: base para planificar mi cuidado y tratamiento, un medio de comunicación entre los muchos profesionales, que contribuyen a mi cuidado, una fuente de información para aplicar mi diagnóstico quirúrgico a mi cuenta, un medio por el cual un plan de salud puede verificar que los servicios facturados fueron provistos. Una herramienta para operaciones de cuidado de salud tales como evaluar calidad y revisar la competencia.

Liberación y asignación de beneficios

Asigno directamente todos los beneficios de seguro de salud, a los cuales tengo derecho, de Medicare, Medicaid, Blue Cross o cualquier otro plan de seguro, directamente a los proveedores en Iriamar Vélez Quiñones, MD por los servicios prestados en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que esté o no asegurado en el momento del servicio, incluidos deducibles, coaseguros, copagos y servicios de beneficios que están fuera de la red, denegados y / o no cubiertos por mi plan de seguro de salud. Yo autorizo a Iriamar Vélez Quiñones, MD o cualquier otro titular de información médica divulgar a Medicare, Medicaid o Blue Cross, o cualquier compañía de seguros o sus agentes autorizados cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado.

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a la oficina de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones. a divulgar cualquier información necesaria relacionada con mi diagnóstico o tratamiento, o los del paciente mencionado anteriormente, con el objetivo de procesar cualquier reclamo presentado ante mi proveedor de seguro, en mi nombre o en el del paciente. Se puede utilizar una copia de esta autorización en lugar de la versión original.

Autorizo a la oficina de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones a reenviar una copia de mi registro médico o el del paciente a cualquier proveedor al que se me pueda derivar a mí o al paciente para una consulta. Comprendo que, en el caso de que yo o el paciente mencionado anteriormente necesite una derivación a los servicios comunitarios, incluso el Departamento de Salud y el Departamento de Servicios Sociales, este documento permite el intercambio de información con agentes de tales servicios comunitarios.

Comprendo que, conforme a la Ley, la información proporcionada se mantendrá confidencial, con excepción de las siguientes situaciones: 1) si se considera que represento un peligro para mí mismo o los demás; 2) si surgen preocupaciones sobre un posible abuso o descuido; o 3) si se emite una orden del tribunal para obtener los registros.

CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO O CORREO DE VOZ

RIESGO DE USAR CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO O CORREO DE VOZ

El proveedor ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz. Sin embargo, transmitir información del paciente por correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz tiene varios riesgos que los pacientes deben considerar antes de usar el correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz. Estos incluyen, pero no se limitan a los siguientes riesgos:

LEA DETENIDAMENTE EL DOCUMENTO.

INICIE CADA UNA DE LAS HOJAS EN EL MARGEN DEL DOCUMENTO.

- A. El correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz se pueden distribuir, reenviar y almacenar en numerosos archivos en papel y electrónicos.
- B. El correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz se pueden transmitir inmediatamente en todo el mundo y recibido por muchos destinatarios previstos y no deseados.
- C. Los remitentes del correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz pueden mensajes o correo de voz.
- D. El correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz son más fáciles de falsificar que los escritos a mano o firmados documentos.
- E. Es posible que existan copias de seguridad del correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz incluso después de que el remitente el destinatario ha eliminado su copia.
- F. El empleador y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar correos electrónicos o mensajes de texto. mensajes transmitidos a través de sus sistemas.
- G. El correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz se pueden interceptar, alterar, reenviar o usar sin autorización ni detección.
- H. El correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz se pueden utilizar para introducir virus en la computadora. sistemas.
- I. El correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz se pueden usar como evidencia en la corte.

2. CONDICIONES PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO O CORREO DE VOZ

El proveedor utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad del correo electrónico y los mensajes de texto o información de correo de voz enviada y recibida. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, el Proveedor no puede garantizar la seguridad y confidencialidad del correo electrónico, los mensajes de texto o las comunicaciones por correo de voz, y no será responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por el Proveedor mala conducta intencional. Por lo tanto, los pacientes deben dar su consentimiento para el uso de correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz para Información del paciente. El consentimiento para el uso de correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz incluye un acuerdo con las siguientes condiciones:

- A. Todos los correos electrónicos o mensajes de texto enviados o recibidos por el paciente en relación con el diagnóstico o el tratamiento se imprimirán y formará parte del historial médico del paciente. Porque son una parte del registro médico, otras personas autorizadas a acceder al registro médico, como el personal y el personal de facturación, tendrán acceso a esos correos electrónicos o mensajes de texto.
- B. El proveedor puede reenviar correos electrónicos o mensajes de texto internamente al personal y agentes del proveedor según sea necesario para el diagnóstico, tratamiento, reembolso y otros tratamientos. El proveedor, sin embargo, no reenvíe correos electrónicos o mensajes de texto a terceros independientes sin el consentimiento previo por escrito del paciente, excepto según lo autorice o exija la ley.
- C. Aunque el Proveedor se esforzará por leer y responder rápidamente a un correo electrónico, mensajes o correo de voz del paciente, el Proveedor no puede garantizar que ningún correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz serán leídos y respondidos dentro de cualquier período de tiempo. Por lo tanto, el paciente no utilizará el correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz para emergencias médicas u otros asuntos urgentes.
- D. Si el correo electrónico o los mensajes de texto del paciente requieren o invitan a una respuesta del Proveedor, y el paciente no ha recibido una respuesta dentro de un período de tiempo razonable, es responsabilidad del paciente de realizar un seguimiento para determinar si el destinatario previsto recibió el correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz y cuándo el destinatario responderá.
- E. El paciente no debe utilizar el correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz para comunicarse. con respecto a información médica sensible, como información sobre temas sexuales enfermedades transmitidas, SIDA / VIH, salud del metal, discapacidad del desarrollo o sustancias abuso.
- F. El paciente es responsable de informar al Proveedor de cualquier tipo de información que el paciente no quiere que le envíen por correo electrónico, mensajes de texto o buzón de voz, además de los configurados en 2 (e) anterior.
- G. El paciente es responsable de proteger su contraseña de otros medios para acceder a correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz. El proveedor no se hace responsable de las violaciones de la confidencialidad causado por el paciente o un tercero.
- H. El proveedor no deberá participar en comunicaciones por correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz que ilegal, como practicar la medicina ilegalmente a través de las fronteras estatales.
- J. Es responsabilidad del paciente hacer un seguimiento y / o programar una cita

3. INSTRUCCIONES

Para comunicarse por correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz, el paciente deberá:

- A. Limite o evite el uso de la computadora de su empleador.
- B. Informar al Proveedor de cambios en su dirección de correo electrónico o mensajes de texto.
- C. Ponga o diga el nombre del paciente
- D. Incluir la categoría de la comunicación en la línea de asunto o mensajes de texto del correo electrónico, con fines de enrutamiento (por ejemplo, pregunta de facturación).
- E. Revise el correo electrónico, los mensajes de texto o el correo de voz para asegurarse de que está claro y que todos los información relevante se proporciona antes de enviar al Proveedor.
- F. Informar al Proveedor que el paciente recibió un correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz.
- G. Tome precauciones para preservar la confidencialidad de los correos electrónicos o mensajes de texto, como utilizar protectores de pantalla y salvaguardando su contraseña de computadora.
- H. Retirar el consentimiento sólo por correo electrónico, mensajes de texto o correo de voz o comunicación escrita al Proveedor.

Acuerdo

- Reconozco que se me ha informado sobre mi derecho a Directrices anticipadas
- Acuso recibo de la Política financiera de Iriamar Vélez Quiñones, MD y acepto todos los términos y condiciones que figuran en ella.
- Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad.
- Acepto permitir el acceso a mis registros de recetas electrónicas como se describe arriba, así como también el uso del expediente médico electrónico e intercambio de información.
- Estoy de acuerdo con la publicación y asignación de beneficios como se describe arriba.
- Acepto el tratamiento como se describe arriba.
- Acepto el uso de SMS, mensajes de voz, correo electrónico o métodos alternos de comunicación.
- He leído este formulario, mis preguntas han sido respondidas, y entiendo y acepto su contenido.

Entiendo y he sido provisto con la notificación de políticas de información de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones que provee una descripción más completa de los usos y divulgación de información de información. Entiendo que tengo derecho a revisar la notificación antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la Dra. Iriamar Vélez Quiñones se reserva el derecho a cambiar y/o modificar su notificación y políticas de información; y que yo puedo obtener una copia de estos cambios pidiéndolos por escrito. Entiendo que tengo derecho a objetar el uso de mi información de salud para propósitos de directorio.

Entiendo que tengo derecho de solicitar restricciones sobre como mi información de salud puede ser usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago y/u operaciones de salud y que la Dra. Iriamar Vélez Quiñones no tiene que estar de acuerdo con las restricciones solicitadas.

Entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en el caso que la Dra. Iriamar Vélez Quiñones ya haya tomado acción.

-Solicito las siguientes restricciones para el uso o divulgación de mi información de salud:

Leí o me leyeron la información antes mencionada y comprendo completamente estas disposiciones.

Firma del paciente/padre/madre o tutor

Nombre en letra de molde/Relación con el paciente

Testigo

Fecha

Rev. 01/18/2021