



¡Bienvenido a nuestra Familia Compass Health Systems! Gracias por elegirnos para satisfacer sus necesidades conductuales, médicas y de bienestar. Nuestra misión es proporcionarle la mejor atención posible a cada paciente y ayudarlo a alcanzar sus metas a través de nuestros servicios integrales.

Antes de su primera visita a Compass Health Systems (CHS), es importante que complete nuestro Paquete para Nuevos Pacientes. Esto nos permitirá agilizar su primera visita e informarle sobre todos los servicios que proporcionamos.

Nuestro personal médico de Compass cree en un enfoque orientado al equipo para su plan de bienestar, incluyendo los servicios integrados como farmacia, laboratorio, especialistas y médicos de atención primaria. MedzDirect, nuestra farmacia, proporciona su medicación de manera precisa, oportuna y con la supervisión del proveedor, a la vez que proporciona servicios especiales tales como entrega gratuita al día siguiente. Además, contamos con estudios de investigación clínica en el Segal Institute for Clinical Research, lo que le proporciona opciones de atención adicionales. Estos servicios adicionales especializados que ofrece CHS nos permiten brindarle la mejor atención personalizada posible.

Queremos que disfrute su experiencia en CHS. Para lograr este objetivo, también le ofrecemos un portal web especializado para pacientes y la aplicación Healow, que le permite solicitar citas, realizar cambios en sus citas, y conocer toda la información con respecto a su plan de bienestar. Por favor, tenga en cuenta este correo electrónico de bienvenida, también debe recibir un correo electrónico con instrucciones para iniciar sesión en nuestro portal de pacientes en línea, así como otro correo electrónico con instrucciones para descargar la aplicación healow. Si no recibe estos correos electrónicos, compruebe sus carpetas de correo basura / correo no deseado y busque correos electrónicos de "no-reply@eclinicalworks.com" o "Compass Health Systems". Si no ve estos correos electrónicos, póngase en contacto con nosotros para reenviarlos.

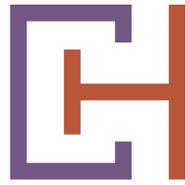
Nuestros horarios de atención y ubicaciones más actualizados están en nuestro sitio web: www.compasshealthsystems.com, o puede llamarnos al (888) 85-COMPASS.

Todos los que formamos parte de CHS le agradecemos por elegirnos como la solución a todas sus necesidades de bienestar. ¡Esperamos verlo en su primera cita!

Atentamente,

Dr. Scott Segal y la Familia Compass Health Systems





COMPASS H E A L T H

Instrucciones para Completar su Paquete para Nuevos Pacientes

Queremos que su primera cita sea tan rápida y simple como sea posible. Nuestro Paquete para Nuevos Pacientes se puede completar fácilmente de manera electrónica. Esto le permitirá registrarse para su primera cita con todos los trámites necesarios ya completados.

- 1) Complete todas las secciones requeridas, y todas las secciones adicionales posibles.

**Tenga en cuenta que muchos de los campos de información se completan automáticamente. Por ejemplo, si usted completa su nombre en el primer campo, el sistema automáticamente completará su nombre en todo el resto del paquete.*

- 2) Revise y firme las políticas relacionadas con su tratamiento.
- 3) Revise y firme la declaración de Directivas Anticipadas que corresponda.
- 4) Haga clic en 'SUBMIT' (Enviar) para enviar su Paquete para Nuevos Pacientes completo a CHS. Su información se cargará en su perfil de paciente.

Usted podrá acceder a su perfil de paciente para revisar y actualizar la información cuando sea necesario. También tendrá acceso a funcionalidades interesantes relacionadas con su plan de bienestar.

Recuerde llevar su Licencia de Conducir o el Documento de Identidad y la Credencial de su Seguro a su primera visita.

Si tiene algún problema o preguntas al momento de completar su Paquete para Nuevos Pacientes, llame al (888) 85-COMPASS y lo guiaremos en todo el proceso.



INFORMACIÓN DEL PACIENTE		INFORMACIÓN DE CONTACTO	
Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ N.º de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Menor Género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino Idioma Nativo: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono Principal: _____ N.º de Licencia de Conducir/Documento de Identidad: _____ Estado: _____ Vencimiento: _____		Teléfono Laboral: _____ Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____	
		FORMA DE CONTACTO PREFERIDA	
		<input type="radio"/> Correo Postal <input type="radio"/> Correo Electrónico <input type="radio"/> Teléfono Principal <input type="radio"/> Portal para Pacientes	
ESTADO CIVIL	ETNIA	RAZA	
<input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Separado/a de hecho <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Unión libre	<input type="radio"/> Hispano o Latino <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> No informado/Se rehúsa a informar	<input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Hispano o Latino <input type="radio"/> No informado/Se rehúsa <input type="radio"/> Otra Raza: _____ <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/> Negra o Afroamericana <input type="radio"/> Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico	
INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	¿CÓMO NOS CONOCIÓ?	IDIOMA PREFERIDO	
Nombre: _____ Vínculo: _____ N.º de Teléfono: _____	<input type="radio"/> Seguro <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Médico que deriva <input type="radio"/> En línea <input type="radio"/> Otra _____	<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Ruso <input type="radio"/> Creole haitiano <input type="radio"/> Otra _____	
RESPONSABLE/GARANTE/TUTOR LEGAL		<input type="checkbox"/> EL PACIENTE	
Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Vínculo con el Paciente: _____ Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Empleador: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____ N.º de Licencia de Conducir/Documento de Identidad: _____ Estado: _____ Vencimiento: _____ ¿Es usted el tutor legal? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Proporcione la documentación correspondiente			



Testimonio del Padre que tiene la Custodia y el Tutor Legal

Estimados Padres:

Las leyes estatales requieren su consentimiento para la mayoría de los tratamientos para su hijo(a)/protegido(a).

En relación con los padres que están divorciados, el término "custodia compartida" hace referencia a los arreglos de alojamiento compartido, y el término "custodia conjunta" hace referencia a la toma de decisiones en forma conjunta. La custodia conjunta aborda los temas fundamentales para la vida del niño, como la formación religiosa, la atención médica y la educación. Salvo que haya una relación hostil entre los padres, el juzgado espera que tomen tales decisiones en forma conjunta.

Para agilizar el tratamiento de su hijo, tenga en cuenta que Compass Health Systems requiere el testimonio de los padres para proporcionar los servicios. Considere que su firma a continuación lo obliga a compartir detalles del tratamiento de su hijo(a) con el padre/la madre de su hijo(a). Invitamos a ambos padres a que asistan a las citas de su hijo(a). Si uno de los padres no puede asistir a las citas, tiene derecho a acceder a los registros médicos del hijo(a). Quedan excluidas las notas de terapia.

Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico

La Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), es una ley federal que, entre otras cosas, protege la privacidad de la información médica identificable de las personas. La Noma de Privacidad de la ley HIPAA generalmente permite que los padres, como representantes del hijo(a) menor, accedan a los registros médicos de su hijo(a).

Existen tres situaciones en las cuales los padres no serían los representantes personales del hijo(a) menor en virtud de esta Norma de Privacidad. Las excepciones son las siguientes:

- 1. Si el menor es el que consiente la atención y no se necesita el consentimiento de los padres de acuerdo con las leyes estatales u otras leyes aplicables;
2. Si el menor obtiene la atención por orden de un tribunal o una persona designada por un tribunal;
3. Si, y en la medida que, los padres acepten que el menor y el proveedor de atención médica puedan tener una relación confidencial (terapeuta).

Custodia Individual

Yo, _____ (Firma del Padre/Madre o el Tutor legal), declaro que soy padre/madre/ tutor legal de (nombre completo) _____ y tengo la custodia individual y/o puedo tomar decisiones en cuanto a la atención médica para mi hijo(a)/protegido(a). Fecha: _____

Custodia Compartida

Yo, _____ (Firma del Padre/Madre/Tutor Legal), comparto la custodia y acepto discutir toda la atención proporcionada con las otras partes involucradas en la atención de mi hijo(a)/protegido(a). _____ (nombre completo). Fecha: _____

Proporcione una copia del acuerdo de custodia para el registro médico.

ANTECEDENTES SOCIALES, EDUCATIVOS Y LABORALES	
¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Cuántas bebidas por semana? _____ ¿Fuma actualmente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Cuántos paquetes por semana? _____ ¿Fue fumador? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿En qué año dejó de fumar? _____ ¿Durante cuántos años fue fumador? _____ Califique su nivel promedio de estrés: (1 es más leve y 5 el más elevado): _____	PASATIEMPOS <input type="checkbox"/> Andar en bicicleta <input type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Nadar <input type="checkbox"/> Usar la computadora/Ver TV <input type="checkbox"/> Otro: _____
ANTECEDENTES SEXUALES	
¿Es sexualmente activo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Mantiene relaciones sexuales con: <input type="radio"/> Hombres <input type="radio"/> Mujeres <input type="radio"/> Ambos ¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos 12 meses? _____ ¿Le preocupa que puede haber estado expuesto al VIH? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	ESTADO DE EMPLEO <input type="radio"/> Empleado/a <input type="radio"/> Desempleado/a <input type="radio"/> Jubilado/a <input type="radio"/> Discapacitado/a <input type="radio"/> Estudia actualmente
INFORMACIÓN ACADÉMICA	INFORMACIÓN LABORAL
Nivel más elevado alcanzado: _____ Escuela a la cual asistió: _____	Empleo actual: _____ Estrés laboral: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

ANTECEDENTES					
	N/C	Padre	Madre	Hermanos/as	Hijos/as
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>				
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>				
Cáncer: _____	<input type="checkbox"/>				
Glaucoma	<input type="checkbox"/>				
Melanoma	<input type="checkbox"/>				
Diabetes: _____	<input type="checkbox"/>				
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad mental: _____	<input type="checkbox"/>				
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>				
Migrañas	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>				
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>				
No conoce/Adoptado(a)	<input type="checkbox"/>				
Otro: _____	<input type="checkbox"/>				

SU HISTORIAL MÉDICO (Complete todas las que corresponda)

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable	Historial Neurológico
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/> Neuropatía periférica
<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Hepatopatía	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Dificultades del habla
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Úlcera gastroduodenal	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa periférica	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Poliquistosis ovárica	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la próstata	<input type="checkbox"/> Debilidad/Desmayos
<input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal (de los riñones)	<input type="checkbox"/> Dolor: _____
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual (STD): _____	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/Cosquilleo
<input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria	<input type="checkbox"/> Problemas sexuales	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> EPOC (enfisema)	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Lesiones en la médula espinal
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Mioma uterino	Historial Conductual
<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea: _____	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Colecistopatía	Historial Dermatológico	<input type="checkbox"/> Amnesia
<input type="checkbox"/> ERGE (Reflujo gastroesofágico)	<input type="checkbox"/> Urticarias	<input type="checkbox"/> Alucinaciones
<input type="checkbox"/> Trastornos digestivos	<input type="checkbox"/> Lesiones	<input type="checkbox"/> Desinterés/Apatía
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Cáncer de piel	<input type="checkbox"/> Pérdida de energía/Fatiga
<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> Melanoma de piel	<input type="checkbox"/> Pérdida/Aumento de peso
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Acné (Facial/corporal)	<input type="checkbox"/> Insomnio
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Arrugas	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/> Manchas por envejecimiento	<input type="checkbox"/> Uso de drogas
<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sequedad	<input type="checkbox"/> Problemas de atención

MUJERES	<input type="checkbox"/> Ninguno	MANTENIMIENTO DE LA SALUD (Complete todas las que corresponda)
¿Está embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Tiene planificado quedar embarazada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Está amamantando? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Actualmente sigue un tratamiento con anticonceptivos orales? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Problemas en el ciclo menstrual? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No ¿Infecciones vaginales? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe <input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía <input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos <input type="checkbox"/> Vacuna contra la hepatitis <input type="checkbox"/> Vacuna contra el herpes zóster <input type="checkbox"/> Vacuna contra el virus del papiloma humano (Gardasil) <input type="checkbox"/> Mamografía	<input type="checkbox"/> Prueba de Papanicolaou <input type="checkbox"/> Examen Físico <input type="checkbox"/> Prueba de detección para STD <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> Prueba de detección de aneurisma de la aorta abdominal <input type="checkbox"/> Colonoscopia
<input type="checkbox"/> Ninguno	ALERGIAS	
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	CIRUGÍAS/HOSPITALIZACIÓN	
	<input type="checkbox"/> NINGUNA Enumere todas las cirugías y hospitalizaciones	
	Año: _____ Motivo: _____ _____ _____ _____	

MEDICAMENTOS, VITAMINAS Y SUPLEMENTOS HERBALES

No tomo ningún medicamento, vitamina o suplemento herbal

Medicamento	Dosis	Indicaciones	Medicamento	Dosis	Indicaciones
Ejemplo: <i>Tilenol</i>	<i>500 mg</i>	<i>1 comprimido dos veces por día</i>			

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Marque aquí para costo a su

**** Lleve la(s) Credencial(es) del Seguro y una Licencia de Conducir/Documento de Identidad válido a su primera cita****

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Nombre del Empleador: _____

Compañía Aseguradora Primaria: _____ N.º de Póliza: _____ N.º de Grupo: _____

Domicilio de la Compañía Aseguradora: _____ N.º de Teléfono: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Vínculo con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía Aseguradora Secundaria: _____ N.º de Póliza: _____ N.º de Grupo: _____

Domicilio de la Compañía Aseguradora: _____ N.º de Teléfono: _____

Nombre del Suscriptor: _____ Vínculo con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Compañía Aseguradora de Accidentes Laborales: _____ N.º de Reclamación: _____

Nombre del Abogado: _____ N.º de Teléfono: _____

Rx cubiertos por el Seguro: BIN de Rx: _____ Grupo de Rx: _____ PCN de Rx: _____

N.º de Identificación de Afiliado: _____ N.º de Asistente de Farmacia: _____

SEGAL*Trials*



Autorizo a Compass Health Systems a compartir mi información médica con el Segal Institute for Clinical Research, para fines de estudios y pruebas clínicas.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Esta autorización de divulgación permitirá que Compass Health Systems (CHS), envíe información relacionada con mi tratamiento actual hasta 60 días posteriores a la finalización del mismo. La revocación de esta autorización de divulgación se notificará a CHS por escrito.

- Marque aquí si usted NO DESEA autorizar la divulgación de su información médica a su PCP.
- NO TENGO un PCP.
- Solicito y autorizo a Compass Health Systems a divulgar mi información médica a mi PCP.

Esta solicitud se aplica a: (Marque todas las que corresponda)

- Toda la información médica Tratamiento Enfermedad Fecha _____ Otro _____

Autorizo la divulgación de todos los registros según se indica en mi selección anterior, en relación con el tratamiento para el consumo de drogas, alcohol o los servicios de salud mental a mi Proveedor de Atención Primaria.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALISTAS

En Compass Health Systems, nuestros Médicos de Atención Primaria (PCP) se enorgullecen de las relaciones personales que fomentamos con nuestros pacientes. También proporcionamos un equipo de especialistas que se ocupan de muchos aspectos de sus necesidades de bienestar. Nuestro equipo de médicos se esfuerza por lograr el nivel más alto de satisfacción en los pacientes y proporcionar acceso conveniente a una atención de calidad. Únase a nuestra familia para recibir la mejor atención posible como paciente.

Si actualmente no tiene un PCP o está buscando cambiarlo, consulte con nuestra mesa de entradas para programar una cita, o llámenos al (888)-85-COMPASS.

Indique su PCP y sus otros Médicos a continuación

Nombre del PCP: _____	Nombre del Especialista: _____
Nombre de la Clínica: _____	Tipo de Especialista: _____
Domicilio: _____	Nombre de la Clínica: _____
Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____	Domicilio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____	Teléfono: _____ Fax: _____
Nombre del Especialista: _____	Nombre del Especialista: _____
Tipo de Especialista: _____	Tipo de Especialista: _____
Nombre de la Clínica: _____	Nombre de la Clínica: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____	Teléfono: _____ Fax: _____



¿No le gusta esperar en la farmacia después de su cita? ¡Nosotros tenemos una farmacia exclusiva solo para usted!

- ✓ Exclusiva Atención al Cliente
- ✓ Beneficio Combinado de Médico/Farmacia
- ✓ Envío Gratuito al día siguiente
- ✓ Precio Igualado

Acepto usar MedzDirect como mi farmacia preferida.

INFORMACIÓN SOBRE SU FARMACIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Fax: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Por el presente autorizo a Compass Health Systems, MedzDirect, Compass Medical e Ingenious Personalized Medicine a realizar cargos en mi Tarjeta de Crédito como se indica a continuación. Acepto que este formulario actuará como sustituto de cualquier formulario del UCC (Código Comercial Uniforme) u otro formulario de autorización. Asumo total responsabilidad financiera en caso que surja cualquier inconveniente con la empresa de la tarjeta de crédito. Autorizo a Compass Health Systems, MedzDirect, Compass Medical e Ingenious Personalized Medicine a facturar los montos no cubiertos por mi seguro, lo que incluye, entre otros, los Copagos, los Deducibles y los servicios y/o bienes (productos) no cubiertos. Reconozco que los detalles, términos y condiciones bajo los que acepto los servicios o adquiero los servicios o productos de Compass Health Systems, MedzDirect, Compass Medical e Ingenious Personalized Medicine me han sido explicados en su totalidad.

Tarjeta de Crédito: (seleccione una) Master card Visa Amex Discover

Número de Cuenta de la Tarjeta _____

Fecha de Vencimiento: _____ Código de Seguridad: _____
Mes Año

Escriba su nombre como aparece en la tarjeta, en letra de imprenta

Firme como aparece en la tarjeta (Requerido)

Domicilio de Facturación

Ciudad de Facturación

Estado

Código Postal

Domicilio Personal (si es diferente que el domicilio de facturación)

Ciudad del Domicilio Personal

Estado

Código Postal

Teléfono Personal (Incluya el Código de Área)

N.º de Teléfono Celular (Incluya el Código de Área)

En su primera cita se realizará una copia de su Tarjeta de Crédito (frente y reverso) así como de la Licencia de Conducir.

Iniciales: _____ 9



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Por el presente autorizo el tratamiento por parte de Compass Health Systems (CHS) y he aceptado recibir dicho tratamiento de forma voluntaria. Presto mi consentimiento para el tratamiento y los servicios que los médicos de CHS consideren aconsejables, incluyendo pruebas de orina y saliva. Reconozco que podré dirigir todas las preguntas que tengo relacionadas con este tratamiento a los médicos o al personal de CHS.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

ASIGNACIÓN DE POR VIDA (SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE) Y ACUERDO DE SEGURO COMERCIAL

Nombre del Beneficiario: _____

Número de Medicare: _____

Seguro Médico: _____

Solicito que se paguen a Compass Health Systems los beneficios autorizados de Medicare por los servicios que me fueron prestados por ese proveedor. Autorizo a los que posean información médica sobre mí a divulgar a la administración de financiamiento de atención médica y a sus agentes toda la información necesaria para determinar los beneficios que resulten pagaderos por los servicios correspondientes.

Esta autorización tiene vigencia hasta que yo decida revocarla.

Solicito que se paguen a Compass Health Systems los servicios que me brindó esa empresa a mí y a mis dependientes, durante el(los) años que recibí dicho(s) tratamiento(s).

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Reconozco que se me proporcionó una copia de las Directivas Anticipadas, incluyendo el Poder Notarial para Atención Médica, el Testamento en Vida, y la orden de No Resucitar para mi estado de residencia.

Marque una:

- El paciente es menor en el estado de residencia.
- Elijo en mi nombre no otorgar una Directiva Anticipada.
- He otorgado una Directiva Anticipada anteriormente, u otorgaré una nueva, y proporcionaré una copia a CHS para que sea colocada en mi registro.

Contamos con Directivas Anticipadas en blanco para su estado de residencia en nuestro sitio web,

www.compasshealthsystems.com, o en nuestro consultorio.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Para uso Exclusivo del Consultorio:

La copia de la Directiva Anticipada se recibió el: _____

Iniciales: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Compass Health Systems como su proveedor de atención médica. Nos comprometemos a que su tratamiento sea exitoso. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera.

Todos los clientes deberán completar nuestro formulario de información y política financiera antes de visitar al médico clínico.

Le facturamos a su seguro como cortesía. Usted es responsable no solo de su deducible y copago, sino también de todos los importes por los servicios no cubiertos por el seguro. Si su compañía aseguradora no ha abonado el total de su cuenta dentro de los 90 días, se le facturará automáticamente el saldo total y será responsable por el pago de dicho saldo. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que proporcionamos, y quizás todos, podrían no estar cubiertos o podrían ser servicios no autorizados que no se consideran razonables y necesarios en virtud de las pautas de su compañía aseguradora.

- Usted es responsable de su parte de la facturación al momento de prestado el servicio.
- Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas VISA/MasterCard/American Express
- Le ofrecemos un plan de pago extendido con aprobación crediticia previa.

Beneficios Máximos/Enfermedades Preexistentes o Denegación de Autorización para Tratamiento

Durante su tratamiento, los beneficios de su seguro podrán ser cancelados por el año, de por vida o se le podrá negar la autorización para otro tratamiento. En ese caso, se le facturará el total de los servicios que se le proporcionen posteriormente. Comuníquese con nuestro consultorio si se produce cualquier cambio en las políticas del seguro o los domicilios o teléfonos.

Tarifas Habituales y Convencionales

Nuestro consultorio se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros clientes, y cobramos lo que es habitual y convencional para nuestra área. Usted es responsable del pago independientemente de cualquier determinación arbitraria de la compañía de seguros sobre las tarifas que son habituales y convencionales.

Pagos Directos a los Clientes

Si su compañía de seguros le reembolsa directamente, **usted deberá investigar esos pagos y devolverlos a su proveedor de atención médica inmediatamente, o deberá pagar el total de los servicios y se le dará de baja como paciente.** Quedarse con los pagos destinados a su proveedor de atención médica es un delito grave y puede dar lugar al inicio de acciones legales.

Cobertura Potencial de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO)

Si se deniega su reclamación por estar en una HMO, por no haber avisado a la oficina y no obtener autorización para los servicios que se le están prestando, entonces usted es responsable y se le facturará el costo de esos servicios.

Citas Perdidas

Salvo que sean canceladas con al menos 24 horas de anticipación, nuestra política es cobrar las citas perdidas a la tasa de \$25.00 por cita perdida. Ayúdenos a prestarle un mejor servicio manteniendo sus citas programadas, o llámenos con 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita.

Comprendo y Acepto esta Política Financiera

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ACUERDO SOBRE MEDICAMENTOS Y POLÍTICA DE REPOSICIÓN

Como parte de su tratamiento, nuestro personal médico le podrá reponer medicamentos. Como usted sabe, los medicamentos pueden tener efectos secundarios graves si no se los maneja adecuadamente. Su salud y seguridad son muy importantes para nosotros, por lo que necesitamos su ayuda para asegurarnos de que su tratamiento siga las pautas aprobadas. Con su firma a continuación, usted acepta que ha leído, comprendido y está de acuerdo con las siguientes políticas:

1. **Acepto mantener todas las citas programadas** para garantizar la recepción de mi(s) medicamento(s) en forma oportuna. Si no puede mantener una cita, se le podrá pedir que espere hasta la próxima cita disponible para recibir la reposición de su(s) medicamento(s). Esto será determinado caso por caso. Comprendo que si llego más de quince (15) minutos tarde a mi cita programada, se me podrá requerir que re programe la cita para un día y horario diferente.
2. Acepto seguir la dosis programada recetada por mi médico. Si tuviera preguntas o inquietudes con respecto a mi(s) medicamento(s) recetado(s), me comunicaré con mi proveedor. No realizaré cambios a la dosis programada para mí. Comprendo que dichos cambios en la medicación, si se realizan sin el consejo de un médico con licencia, podrían representar un daño para mi salud.
3. Acepto notificar a **Compass Health Systems** si experimentara efectos adversos o problemas con la dosis de mi(s) medicamento(s) recetados. Se me podrá pedir que lleve cualquier medicamento no usado a **Compass Health Systems** para garantizar la adhesión adecuada al tratamiento.
4. Comprendo que no debo manejar ni operar maquinaria pesada mientras tome medicamentos que puedan causar somnolencia o deterioren mi funcionamiento cognitivo.
5. Los horarios de triaje telefónico de **Compass Health Systems** son de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. de lunes a viernes, para consultas sobre medicamentos que no sean de emergencia.
6. Comprendo que **Compass Health Systems** proporcionará recetas controladas una vez cada treinta días. Deberé programar otra visita al consultorio dentro de los 30 días de la fecha de mi receta actual para que mi médico pueda evaluar adecuadamente mi progreso.
7. Acepto que, si recibo una receta de una sustancia controlada por parte de **Compass Health Systems**, no puedo aceptar las recetas de sustancias controladas de ningún otro médico sin el consentimiento de mi proveedor. Proporcionaré información relacionada con todo(s) mis medicamento(s) recetado(s) a todos los proveedores que me atienden y permitiré la comunicación entre dichos proveedores, por medio de la firma de una autorización para divulgación de información. Soy consciente de que las recetas controladas pueden ser monitoreadas a través del sitio web gubernamental.
8. Acepto usar una única farmacia para mi(s) medicamento(s) controlados. En el caso que, debido a las circunstancias, se requiera usar otra farmacia, notificaré a **Compass Health Systems** inmediatamente y les proporcionaré la información de contacto correspondiente.
9. **Comprendo que la reposición de las recetas que involucran sustancias controladas requiere la programación de una cita con mi proveedor. Estos medicamentos no se podrán retirar de su farmacia ni se podrán pedir por vía telefónica.**
10. Comprendo que **Compass Health Systems se reserva el derecho de REALIZAR UNA PRUEBA DE DETECCIÓN TOXICOLÓGICA DE ORINA de forma aleatoria.** La misma se usará para evaluar el cumplimiento del tratamiento recetado y/o para comprender mejor mis hábitos, garantizar que no ocurran interacciones entre las sustancias recetadas y las consumidas, y proporcionar derivaciones adecuadas y alternativas de tratamiento si la deficiencia de sustancias llegara a ser preocupante.
11. Comprendo que para que mi(s) medicamento(s) se receten de manera regular, recibiré derivaciones para realizar estudios de laboratorio y necesitaré proporcionar los resultados antes de la próxima cita en el consultorio. El incumplimiento en la realización de los estudios de laboratorio ocasionará la demora en la reposición de los medicamentos.
12. Comprendo que la conducta abusiva, el abuso de medicamentos, el acoso hacia cualquier miembro del **Personal de Compass Health System** o cualquiera de sus pacientes no será tolerado. **Compass Health Systems** determinará qué acciones se consideran acoso o abuso de medicamentos caso por caso y, si se justificara, puede resultar en expulsión del consultorio.
13. Comprendo que soy **el único responsable** por la conservación de mi(s) medicamento(s). Comprendo que **Compass Health Systems no reemplaza las recetas PERDIDAS O ROBADAS de medicamentos controlados.**
14. Nunca compartiré, venderé o intercambiaré mi(s) medicamento(s) con otra persona, por ningún motivo.
15. Comprendo que la participación en una situación de receta adulterada, falsificada, o alterada ocasionará la expulsión inmediata de **Compass Health Systems** y/o involucrará la participación a la policía.

Declaro que tengo el derecho y la autoridad para reconocer como vinculante este acuerdo y que he leído, comprendido y aceptado estas cláusulas. El incumplimiento de este acuerdo podrá ocasionar la expulsión del consultorio.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de Imprenta: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY HIPAA (Revisado: 1/2017)

Ubicación de los Consultorios: (888)-85-COMPASS

1601 N. Palm Ave., #211
Pembroke Pines, FL 33026

1065 NE 125th St., #206
North Miami, FL 33161

11440 N. Kendall Dr., #208
Miami, FL 33176

10301 Hagen Ranch Rd., #B6
Boynton Beach, FL 33437

7481 W Oakland Blvd., #100
Lauderhill, FL 33319

8671 S. Quebec St., #200
Highlands Ranch, CO 80130

6915 Tutt Blvd., #110B Colorado
Springs, CO 80923

1483 Tobias Gadson Blvd., #107
Charleston, SC 29407

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PODRÁ USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podremos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO), y para cualquier otra finalidad que sea permitida o exigida por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. “Información Médica Protegida” es información sobre usted, incluyendo la información demográfica, que pueda identificarlo y relacionarlo con enfermedades físicas o mentales del pasado, el presente o el futuro y los servicios de atención médica relacionados.

USOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su información médica protegida podrá ser usada y divulgada por su médico, nuestro personal administrativo y otras personas fuera de nuestro consultorio que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle los servicios de salud, para pagar sus facturas de atención médica, para apoyar el funcionamiento del consultorio del médico y para cualquier otro fin requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y los servicios relacionados. Eso incluye la coordinación o gestión de su atención médica con terceros. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia médica domiciliaria que le proporciona atención. Otro ejemplo, su información médica protegida podrá proporcionarse a un médico a quien usted ha sido derivado para garantizar que el médico tenga la información necesaria para su diagnóstico o tratamiento.

Pago: Su información médica protegida será usada, según sea necesario, para el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital podrá requerir que se divulgue su información médica protegida relevante al plan médico para obtener aprobación para la admisión en el hospital.

Operaciones de Atención Médica: Podremos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para apoyar las actividades comerciales del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y la realización o gestión de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podremos divulgar su información médica protegida a estudiantes de las facultades de medicina que ven pacientes en nuestro consultorio. Además, podremos usar un formulario de registro de entrada en el mostrador de recepción, en el cual se le pedirá que firme con su nombre e indique quién es su médico. También podremos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podremos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, a fin de comunicarnos con usted para recordarle su cita.

Podremos usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización en las situaciones que se detallan a continuación. Estas situaciones incluyen: según lo requieran la Ley, asuntos de Salud Pública requeridos por Ley, Enfermedades Contagiosas: Abuso o Negligencia de Supervisión de la Salud: Requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos: Procedimientos Legales: Cumplimiento de las Leyes: Forenses, Directores de Funerarias y Donación de Órganos: Investigación: Actividades Ilegales: Actividades Militares y Seguridad Nacional: Indemnización por Accidentes Laborales: Reclusos: Usos y Divulgaciones Obligatorias: En virtud de la ley, debemos divulgarle a usted y si es requerido por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.



USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (continuación)

Otros Usos y Divulgaciones Permitidas y Obligatorias se realizarán únicamente con Su Consentimiento, Autorización y Posibilidad de Oponerse, a menos que la ley así lo requiera.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o el consultorio de su médico haya ejercido una acción basada en el uso o la divulgación indicada en la autorización.

Sus Derechos: A continuación, encontrará una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene derecho a revisar y hacer copia de su información médica protegida. En virtud de la legislación federal, no obstante, usted no puede revisar o hacer copia de los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable relacionada o usada en acciones o procedimientos civiles, penales o administrativos, e información médica protegida que se encuentre sujeta a leyes que prohíben el acceso a la información médica protegida.

Usted tiene derecho a solicitar la restricción de su información médica protegida. Esto significa que usted puede solicitar que no usemos o divulguemos alguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que alguna parte de su información médica protegida no sea divulgada a miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, según se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe hacer constar la restricción específica solicitada y a quién quiere aplicar la restricción.

Su médico no está obligado a aceptar la restricción que usted pueda solicitar. Si el médico considera que es lo mejor para usted permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, no se restringirá el uso y divulgación de su información médica protegida. Luego, usted tendrá derecho a usar otro Profesional Médico.

Usted tiene derecho a solicitar la recepción de nuestras comunicaciones confidenciales por un medio alternativo o en una ubicación alternativa. Usted tiene derecho a que le entreguemos una copia impresa de este aviso, cuando lo solicite, aunque haya aceptado recibir este aviso por un medio alternativo, es decir, por un medio electrónico.

Usted podrá tener derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Si rechazamos su pedido de modificación, usted tiene derecho a presentar una declaración de disconformidad y nosotros podremos refutar su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene derecho a recibir una explicación de determinadas divulgaciones que hemos realizado de su información médica protegida, si las

Nos reservamos el derecho a cambiar las cláusulas de este aviso y le informaremos los cambios por correo postal. Entonces usted tendrá derecho a oponerse o rechazarlos, según lo dispuesto en este aviso.

Reclamos

Usted podrá presentar reclamos ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si considera que hemos infringido sus derechos de privacidad. Podrá presentar un reclamo con nosotros notificando sobre el mismo a nuestro contacto de privacidad. **No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.**

Este aviso fue publicado y entró en vigencia antes del 14 de abril de 2003.

Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso sobre nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad relacionadas con la información médica protegida. Si tiene cualquier objeción a este formulario, consulte o comuníquese personalmente con nuestro Oficial de Cumplimiento de la Ley HIPAA, o telefónicamente a nuestro Número de Teléfono Principal.

La firma a continuación solo es un reconocimiento de que usted ha recibido este Aviso de Prácticas de Privacidad:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de Imprenta: _____

**** Cualquier pregunta o inquietud de los pacientes con respecto a la protección de su privacidad, diríjirlas a:**

Noralys Mallo, HIPAA Compliance Officer
Compass Health Systems, PA
1065 NE 125th Street, Ste 300
North Miami, FL 33161

Teléfono: (888) 85-COMPASS Int. 2042 Fax: (305) 503-7363 Correo Electrónico: nmallo@compass.md

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Los pacientes tienen derecho a:

- Ser tratados con dignidad y respeto.
- Recibir un trato justo. Esto es independientemente de su raza, religión, género, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual o fuente de pago.
- Que se mantenga la privacidad de su tratamiento y otra información del paciente. Los registros solo podrán ser divulgados sin su permiso ante una citación judicial.
- Tener acceso a la atención de forma oportuna.
- Conocer todas sus alternativas de tratamiento. Esto es independientemente del costo o la cobertura del plan de beneficios del paciente.
- Compartir el desarrollo de su plan de atención.
- Recibir información en un idioma que puedan comprender.
- Recibir una explicación clara de sus opciones de comunicación.
- Obtener información sobre los servicios y funciones en el proceso de tratamiento.
- Las directivas médicas usadas para brindarle y gestionar su atención.
- Información sobre los antecedentes laborales y de capacitación del proveedor.
- Proporcionar comentarios sobre las políticas y servicios.
- Recibir información sobre las leyes que se relacionan con sus derechos y responsabilidades.

DECLARACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los pacientes tienen la responsabilidad de:

- Tratar a las personas que les brindan atención con dignidad y respeto.
- Proporcionar a los proveedores la información que necesitan. Esto es para que los proveedores puedan brindar la mejor atención posible.
- Hacer preguntas a su proveedor con respecto a la atención. Esto es para que ellos puedan comprender su función en esa atención.
- Seguir los planes de tratamiento para su atención. El plan de atención será acordado por el paciente y el proveedor.
- Seguir el plan de medicamentos acordado como corresponde.
- Comunicar a los proveedores los cambios en los medicamentos, incluso en los medicamentos proporcionados por otros proveedores.
- Mantener sus citas o reprogramar la visita. Los pacientes se deberán comunicar con los proveedores tan pronto como sea posible si necesitan cancelar o reprogramar las visitas.
- Informar a los proveedores sobre los planes de tratamiento que ya no funcionan o que necesitan una actualización.
- Informar al director del consultorio sobre los problemas con el pago de los honorarios.
- No realizar actos que puedan dañar a terceros.
- Informar sobre hechos de fraude o abuso.
- Informar abiertamente sus inquietudes sobre la calidad de la atención.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ACCESO AL PORTAL WEB

El Portal de la Salud del Paciente proporciona un canal seguro de comunicación entre usted y el consultorio de su médico. Puede acceder a sus registros médicos actualizados y resultados de laboratorio, hacer un seguimiento de citas, solicitar recargas de recetas autorizadas, referencias y materiales educativos. Después de enviar su Paquete de Paciente Nuevo, recibirá un correo electrónico con información de acceso para acceder a su Portal de Salud del Paciente.



Portal de Salud del Paciente:

<https://health.healow.com/compass>

Para solicitar una cita con Compass Health Systems, puede descargar la aplicación rápida y sencilla healow™



Aplicación para teléfonos móviles disponible en:

- Tienda de Aplicaciones iOS de Apple
- Tienda de Aplicaciones Android de Google

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TELEHEALTH

Los servicios de telehealth de Compass Health Systems implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitir a los proveedores y pacientes realizar consultas, planificación del tratamiento, objetivos, evaluación y medicamentos a través de medios electrónicos. Los proveedores de Compass Health Systems están completamente acreditados y tienen licencia estatal según corresponda al nivel de atención que brindan.

Comuníquese con el Centro de llamadas de Compass Health Systems al 1-888-852-6672 para citas, inquietudes técnicas; y acceso a otros proveedores si se interrumpen los servicios técnicos.

La información utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y / o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes: Expedientes médicos del cliente. audio y / o video bidireccional en vivo, y / o datos de salida desde dispositivos de salud y archivos de sonido y video

La plataforma Compass Health Systems, Electronic Medical Systems (EMS) y telehealth se utiliza para documentar la información de los registros médicos, manteniendo los protocolos de seguridad de la red y el software para proteger la confidencialidad de la identificación del cliente y los datos de imágenes, e incluir medidas para salvaguardar los datos para garantizar su integridad contra intenciones o corrupción no intencionada.

Beneficios esperados: Los beneficios asociados con el uso de telehealth incluyen, entre otros: Mejor acceso a la atención al permitir que un paciente permanezca bajo el cuidado de su proveedor desde un entorno 'hogareño / seguro', continuidad de la atención con evaluación, tratamiento y manejo eficientes del paciente. y habilitar protocolos de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC): y / u otras medidas de salud pública.

Posibles riesgos: Los riesgos potenciales asociados con el uso de telehealth incluyen, pero no se limitan a: En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de imágenes), demoras en la evaluación y el tratamiento podrían ocurrir debido a deficiencias o fallas de el equipo, en raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información de salud personal; la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones o reacciones alérgicas u otros errores de juicio; y / o telehealth puede no ser un método adecuado para brindar atención bajo ciertas condiciones específicas del paciente que requerirán una intervención de emergencia, como servicios en persona, derivación a un hospital, reclutamiento de otros profesionales o policías para ayudar, y / o intervención para garantizar la seguridad y protección del paciente.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telehealth, y que no se divulgará ninguna información obtenida en el uso de telehealth sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telehealth durante mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telehealth, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi proveedor me ha explicado las alternativas a mi satisfacción.
5. Entiendo que la telehealth puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a mi proveedor de las interacciones electrónicas con respecto a mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de telehealth en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
8. Entiendo que si mi atención y tratamiento se consideran una emergencia, peligro para mí mismo o para otros, o por cualquier otro criterio; que se puedan utilizar procedimientos de respuesta de emergencia que incluyen y no se limitan a servicios en persona, la derivación a un hospital, el uso de otros profesionales o cualquier otra intervención que el proveedor considere necesaria para mi seguridad y protección.

Consentimiento del Paciente para el Uso de Telehealth:

Yo, _____ (Nombre en letra de imprenta, apellido), he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente con respecto a la telehealth, la he discutido con mi proveedor o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telehealth en mi cuidado.

Firma del Paciente / Tutor:

Fecha: