

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo a Community Health Center of the North Country (CHCNC) a tratar cualquier condición médica, dental, oftalmológica o de salud mental, siempre que el proveedor de atención me haya explicado mi condición, los procedimientos de tratamiento y los métodos alternativos de tratando mi condición. El médico ha comentado conmigo los riesgos previsible del tratamiento y que pueden producirse resultados no deseados.

Autorizo al proveedor de atención a realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se considere necesario en caso de que, durante el tratamiento, se descubra una afección que no se conocía anteriormente.

Entiendo que para atender mejor las necesidades de los pacientes de CHCNC, algunos servicios están disponibles mediante comunicaciones de video interactivas y/o mediante transmisión electrónica de información. Esto puede ayudar en la evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento de una serie de diagnósticos de atención médica. Este proceso se denomina “teledental”, “telemedicina” o “telesalud”. Esto significa que puede ser evaluado y/o tratado por un proveedor de atención médica o un especialista desde un lugar distante. Entiendo que los servicios proporcionados son un servicio facturable, lo que puede resultar en un copago o coseguro. Reconozco que en caso de cobertura insuficiente, seré responsable del saldo restante.

Entiendo que CHCNC opera una práctica de atención primaria que integra servicios de salud conductual, lo que significa que el personal de salud conductual es parte de mi equipo médico y experiencia, y que ser atendido por un proveedor de salud conductual a través de atención primaria puede generar cargos adicionales a mi seguro. Esto también puede resultar en un copago o coseguro adicional. Reconozco que en caso de cobertura insuficiente, seré responsable del saldo restante.

He leído atentamente y comprendo completamente este Formulario de consentimiento informado y todas mis preguntas han sido respondidas adecuadamente.

Acuerdo de Tratamiento, Pago y Datos

- Autorizo el examen y el tratamiento para esta y todas las siguientes visitas médicas, dentales, de atención oftalmológica o de salud mental.
- Entiendo que soy personalmente responsable de todos los cargos y deducibles. Hay asistencia financiera disponible para aquellos que califiquen.
- Soy personalmente responsable de proporcionar información de seguro precisa y actualizada.
- Autorizo una fotocopia de esta declaración para que sirva como original y el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.
- Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios.
- Entiendo que Community Health Center of the North Country puede utilizar datos desarrollados y/o proporcionados por pacientes para determinar las características generales de las comunidades a las que presta servicios y que ninguna de esta información identificará de ninguna manera a pacientes individuales.
- Autorizo la divulgación de información sobre vacunas al Sistema de Inmunización del Estado de Nueva York (NYSIIS).

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Se me ha puesto a disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad (HIPAA) y de Derechos y responsabilidades del paciente del Community Health Center of the North Country.

Firma del paciente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____