

Consentimientos y aceptaciones

Tratamiento general

Entiendo que:

- Cherry Health (CH) ofrece atención (médica, de salud de la conducta, de trastornos por consumo de sustancias, dental y para la vista) en un entorno integrado (combinado).
- Cierta información de salud está especialmente protegida. Tengo que dar mi consentimiento para que, en algunos casos, se divulgue esta información. Dicha información incluye mi estado respecto al VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS), tuberculosis (TB), hepatitis B, información genética e información de salud de la conducta y trastorno de consumo de sustancias.
- Mi registro médico es electrónico e incluye todos los servicios que recibo en CH y toda la información de salud especialmente protegida.
- Mi tratamiento podrá fotografiarse o registrarse en video o audio con fines médicos o educativos. Las imágenes que me identifiquen se divulgarán únicamente si yo lo autorizo o si fuera necesario para mi tratamiento.
- Mi proveedor tratará únicamente lo que sea capaz de tratar. Puedo solicitar otra opinión a un profesional supervisor.
- Puedo solicitar que me atienda un profesional específico.
- CH participa en programas educativos. Un estudiante podría examinarme, con mi consentimiento oral y bajo la supervisión directa de su supervisor de CH.
- Comprendo que puedo optar por no recibir cualquiera de los servicios que recomiende mi proveedor, salvo que así lo exija una orden judicial.
- CH podría informarme si reúno los requisitos para participar en estudios de investigación. Mi decisión de participar en investigaciones no afectará la atención que reciba.
- CH ha implementado protecciones para mantener la privacidad y precisión de toda mi información médica, incluyendo el tratamiento por trastorno de consumo de alcohol y sustancias. Estas protecciones cumplirán con todas las leyes federales y estatales, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y el Código de Salud Mental de Michigan.
- CH me ofrece un acceso en línea seguro a mis registros electrónicos de salud a través del portal para pacientes. Este acceso es voluntario.
- Puedo autorizar a otra persona a que tenga acceso a mi portal de paciente, y entiendo que esto permitirá el acceso a la persona autorizada a mi registro electrónico de salud completo.
- Si CH me da el alta, podrá comunicarse conmigo para hacerme una encuesta de seguimiento acerca de lo satisfecho que estoy con la atención que recibí.
- CH podrá notificar a mis familiares o amigos mi ubicación y estado en el caso de una emergencia o siniestro.
- Puedo pedir a CH que limite el uso de mi Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI).

Doy mi consentimiento para:

- Que el personal de CH me examine y me brinde atención.
- CH va a ordenar exámenes para ayudar en mi cuidado. Estos exámenes pueden incluir un examen de VIH. Yo puedo reusarme o posponer este examen sin afectar mi estatus como paciente.

El registro de salud electrónico y mi información de salud protegida (PHI)

Doy mi consentimiento para:

- Que CH trabaje junto con otros proveedores de atención médica para coordinar, gestionar y brindarme atención médica.
- Que CH use y divulgue mi PHI y mi información de salud especialmente protegida, en forma escrita, oral o electrónica, con los siguientes fines:
 - recetas en la farmacia de mi preferencia
 - remisiones a especialistas
 - coordinación de atención
 - verificación del estado actual del seguro médico
 - certificación de preadmisión o de estadía continuada
 - otros fines necesarios para mejorar la calidad de la atención médica que recibo, por ejemplo, evitar análisis innecesarios o repetidos
- Que CH use y divulgue mi PHI y mi información de salud especialmente protegida con fines de pago a:
 - compañías de seguro
 - organizaciones de atención administrada
 - mi empleador (si me lesiono en el trabajo)
 - programas gubernamentales estatales y federales, como Medicaid y Medicare
 - Programas de Compensación al Trabajador

Nombre del paciente (Por favor, imprima)	Fecha de nacimiento
---	---------------------

El intercambio de atención médica y mi información de salud protegida

Entiendo que:

- CH participa en un intercambio de información sobre atención médica (health information exchange, HIE) a través de Great Lakes Health Connect (GLHC). GLHC cumple con todas las leyes de privacidad estatales y federales a fin de mantener la seguridad de mi información de salud protegida.
- Entiendo que hay más información sobre el HIE y GLHC a mi disposición en los centros donde recibo servicios de atención médica y en el sitio web de CH.

Doy mi consentimiento para:

- Participar en el HIE. Entiendo que esto implica mi registro de salud completo, incluida la información especialmente protegida (ver en el segundo punto de la sección "Entiendo que" lo referido a la información especialmente protegida).

Cesión de beneficios y responsabilidad financiera

Entiendo que:

- Si no cedo los beneficios, se me facturará el costo total de todos los servicios, incluidos los costos de salud de la conducta y del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.
- Si mi seguro médico no paga por todos los servicios o parte de ellos, seré responsable del pago de los mismos.
- Tengo que cumplir con las políticas financieras de CH para continuar recibiendo atención en CH.

Doy permiso para que:

- Mi aseguradora pague mis beneficios directamente a CH.

Aceptación del aviso de prácticas de privacidad

Entiendo que:

- De conformidad con la HIPAA, CH usará y divulgará mi PHI para:
 - tratar mis afecciones de salud y proporcionar atención continua (constante)
 - pagar mis servicios médicos
 - Investigación
 - procesos de rutina, incluyendo mejora de calidad, acreditación, fines educativos u otras divulgaciones que la ley exija
- La Notificación de Prácticas de Privacidad se encuentra disponible para mí en los centros donde recibo servicios de atención médica y en el sitio web de CH.

Comunicación conmigo

Entiendo que:

- CH dejará mensajes en el número telefónico que suministre para recordarme citas, surtido de recetas, remisiones o pruebas.
- CH también podrá enviarme mensajes de texto o por correo electrónico usando la información de contacto que proporcione.

Doy mi consentimiento para:

- Que CH, incluidos sus socios comerciales (p. ej. llamadas de recordatorio), se comuniquen conmigo por teléfono a cualquier número que les haya proporcionado o que se encuentren en mi PHI. Esto incluye números de teléfonos celulares, lo que podría ocasionarme costos.

Doy acceso a las personas nombradas a continuación a toda mi PHI. También autorizo a Cherry Health a hablar sobre toda mi PHI con las personas nombradas a continuación.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Autorizo a la persona especificada a continuación a llevar a mis hijos a sus citas de atención médica y a recoger medicamentos en la farmaci.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Acepto todo lo mencionado anteriormente y entiendo que este consentimiento seguirá vigente por un año a partir de la fecha de la firma o hasta que yo notifique a CH de algún cambio por escrito.

Firma del paciente, del padre, de la madre o del tutor legal Fecha

Firma del testigo Fecha

If a signature is not obtained, staff must document the good faith efforts to obtain the acknowledgement and the reason why it was not obtained. Reason:

Staff Signature _____ Date _____

This form is compliant with HIPAA privacy regulations, 45 CFR Parts 160 and 164 as modified August 14, 2002, 42 CFR Part 2, PA 258 of 1974 and MCL 330.1748 and PA 368 of 1978, MCL 333.1101 et seq and PA 129 of 2014, MCL 330.1141a.