

Nevada Health Centers, Inc.
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

En mi nombre o en nombre de mi hijo menor de edad u otro paciente mencionado abajo, reconozco y doy mi consentimiento para las declaraciones incluidas en este formulario. Los cambios o alteraciones de este formulario no son vinculantes en Nevada Health Centers o sus centros afiliados (en conjunto, "NVHC").

Consentimiento para la prestación de servicios de atención médica: Pido que se presten los servicios de atención médica para mí (mi hijo menor de edad o el paciente nombrado más adelante) en NVHC. Voluntariamente doy mi consentimiento para la prestación de tratamiento médico, dental y de salud conductual, además de los servicios relacionados con la atención médica que los cuidadores de NVHC consideren necesarios para mí (o el paciente mencionado más adelante). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio, incluidas las pruebas de VIH. Si deseo que hagan pruebas de VIH anónimas, se lo diré a mi cuidador de NVHC. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta; no me han garantizado los resultados de los tratamientos o exámenes.

Telemedicina: Entiendo que NVHC puede prestar algunos servicios por medio de la tecnología remota de telesalud (telehealth). Los servicios de telesalud implican a un proveedor de salud que está en un lugar remoto de mi ubicación en el momento del servicio y, como tal, la telesalud a menudo incluye la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de información. El proveedor de salud remota determinará si la condición médica diagnosticada o tratada es adecuada para telesalud y entiendo que no hay garantía respecto al diagnóstico, el tratamiento ni las recetas. Además, entiendo que es posible que deba viajar para consultar en persona con un proveedor médico por algún diagnóstico y asuntos de tratamiento. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina y, como siempre, mi aseguradora tendrá acceso a mis expedientes médicos para revisión o auditoría. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coaseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

Servicios de farmacia clínica: Entiendo que NVHC puede prestar algunos servicios de farmacia clínica. Esos servicios implican que un farmacéutico clínico trabaje en colaboración con mi proveedor de atención primaria. Según un acuerdo de práctica en colaboración, el farmacéutico clínico podría iniciar, modificar o discontinuar medicamentos durante estas citas. Entiendo que el farmacéutico clínico no es un médico, un enfermero registrado de práctica avanzada ni un asistente médico y no puede diagnosticar. Además, entiendo que el farmacéutico clínico tiene el derecho de no responder preguntas ni prestar servicios fuera del alcance de su práctica profesional.

Usos y revelación de la información médica: Recibí el Aviso de Prácticas de privacidad de Nevada Health Centers. El Aviso de Prácticas de privacidad explica de qué manera Nevada Health Centers puede usar y revelar la información médica confidencial que me identifica (o al paciente mencionado más adelante). Doy mi consentimiento para que Nevada Health Centers use y revele mi información médica (o la del paciente mencionado más adelante) como se describe en el Aviso de Prácticas de privacidad. Al hacerlo, doy mi consentimiento para que revelen mi información médica (o la del paciente mencionado más adelante), además de la información de la cuenta financiera a terceros pagadores o sus agentes identificados por NVHC o sus agentes de facturación, agentes de cobranza, abogados, consultores u otros agentes que representen a NVHC o ayuden a NVHC para asegurar el pago de todas las partes potencialmente responsables del pago de mi atención médica (o la del paciente mencionado más adelante), incluido el tratamiento por abuso de sustancias, la atención psiquiátrica o de VIH, si corresponde. En cualquier momento puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que NVHC ya haya revelado información basándose en mi consentimiento.

Doy mi consentimiento para recibir, por teléfono celular u otros teléfonos dados a NVHC en este formulario o actualizados más adelante, mensajes de texto o llamadas telefónicas u otras comunicaciones mediante voces en vivo, artificiales o pregrabadas, sistemas de marcación automática u otras tecnologías asistidas por computadora de NVHC y sus afiliados, proveedores clínicos y socios comerciales, junto con cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza, agentes u otros terceros que puedan actuar en su nombre. Los mensajes de texto o las llamadas

**Nevada Health Centers, Inc.
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

telefónicas pueden relacionarse con cualquier propósito, incluido lo relacionado con mi cuenta y la atención prestada. Entiendo que este consentimiento para las comunicaciones no es un requisito para recibir los servicios de NVHC o cualquier otra persona autorizada para llamar y que se pueden aplicar cargos por el uso de datos, entre otros. En cualquier momento puedo revocar este consentimiento para las comunicaciones.

Por este medio doy mi consentimiento y concedo a NVHC el derecho y la autoridad para fotografiar y grabar mi imagen y mi voz, lo cual puede ocurrir en relación con mi diagnóstico y tratamiento, y acepto que después de la creación de esas imágenes o grabaciones serán de propiedad de NVHC. Entiendo que tengo derecho a pedir la suspensión de las grabaciones o filmaciones en cualquier momento. Acepto autorizar y liberar de responsabilidad, de por vida, a NVHC, sus agentes, representantes y empleados de todos y cada uno de los reclamos que surjan en relación con el uso de estas imágenes o grabaciones, incluido, entre otros, cualquier reclamo por invasión a la privacidad, derecho de publicidad o difamación.

Objetos de valor y limitación de obligación: Entiendo que no debo llevar a NVHC objetos de valor (teléfono celular, dispositivos electrónicos, equipo médico, joyas, dinero, documentos irremplazables, etc.). Si decido llevar objetos de valor a NVHC, ACEPTO QUE NVHC NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS OBJETOS DE VALOR.

Al firmar abajo, indico que revisé, reconozco y doy mi consentimiento para los términos descritos anteriormente.

Consentimiento en persona	
_____	_____
Firma del paciente o parte responsable	Fecha/hora
_____	_____
Nombre en letra de molde del paciente (o la parte responsable si no es el paciente)	Relación de la parte responsable con el paciente
Teléfonos	
Casa _____	Celular _____

O

Consentimiento por teléfono	
_____	_____
Nombre en letra de molde de la persona que da el consentimiento por teléfono	Fecha/hora
_____	_____
Nombre en letra de molde del paciente (o la parte responsable si no es el paciente)	Relación de la parte responsable con el paciente
Teléfonos	
Casa _____	Celular _____