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

En nombre mío o 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 en este formulario no son vinculantes para Nevada Health Centers o sus centros afiliados (todos y cada uno llamados "NVHC" en este formulario).

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 abajo) 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 abajo). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio, incluyendo 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 garantiza los resultados de los tratamientos o exámenes. Entiendo que NVHC es un centro de enseñanza y que los residentes y estudiantes (bajo la guía directa de mi proveedor de atención médica o el personal de la clínica) pueden observar o participar en mi atención, durante el curso de mi visita. Entiendo que NVHC usa inteligencia artificial durante toda mi visita para ayudar a registrar la información.

Portal de expediente médico electrónico: Entiendo que NVHC tiene un portal electrónico del paciente donde puedo acceder a ciertos aspectos de mi expediente médico y comunicarme con mi equipo de atención. Con la implementación de la ley federal 21st Century Cures Act (Ley de curas del siglo XXI), se exige que NVHC revele los resultados de análisis de laboratorio y estudios de diagnóstico inmediatamente con muy pocas excepciones. En consecuencia, podría ver estos reportes en el portal antes de que el proveedor los revise. Si tengo alguna pregunta sobre los resultados, entiendo que debo comunicarme con mi proveedor.

También entiendo que, mediante la participación en un portal electrónico del paciente, sea como padre/madre o tutor de un menor de 0-11 años, tendré acceso como representante para esos menores de edad. Debido a las leyes federales y estatales de confidencialidad específicas para pacientes adolescentes (12-17 años), hay ciertos tipos de información médica que el padre/madre o tutor no puede ver sin el consentimiento del paciente menor de edad. Por consiguiente, entiendo que mi acceso al portal por mi hijo menor de edad (12-17 años) cambiará automáticamente a acceso como representante de adolescente, lo que tendrá como consecuencia un acceso limitado para el usuario que actúa como representante. En el momento en que el menor cumpla 18 años, el usuario que actúa como representante perderá el acceso a este expediente.

Telemedicina: Entiendo que NVHC puede prestar algunos servicios por medio de la tecnología remota de telesalud. Los servicios de telesalud implican a un proveedor de salud que está en un lugar remoto a donde yo me encuentro 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 a distancia determinará si la condición médica que se diagnostica o se trata es adecuada para telesalud y entiendo que no hay ninguna garantía de diagnóstico, tratamiento o receta. Entiendo que es posible que deba viajar para consultar a un proveedor médico en persona para ciertos diagnósticos 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 mi expediente médico para garantizar la calidad/auditoría. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

Servicios de farmacia clínica: Entiendo que NVHC puede prestar ciertos servicios de farmacia clínica. Esos servicios implican que un farmacéutico clínico trabaje en colaboración con mi proveedor de atención primaria. Durante estas citas, el farmacéutico clínico puede iniciar, modificar o descontinuar medicamentos según un acuerdo de práctica conjunta. 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 o hacer servicios fuera del ámbito de ejercicio.

Comunicaciones con el paciente: Para apoyar mejor su atención, Nevada Health Centers usa mensajes de texto para comunicarse con los pacientes para propósitos como recordatorios de citas, avisos de facturación y coordinación de la atención. No es necesario que se registre como condición para recibir la atención. La participación es voluntaria.

NEVADA HEALTH CENTERS

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

Sin embargo, excluirse puede evitar que le enviemos actualizaciones oportunas sobre su atención. Los mensajes de texto enviados por SMS o por los canales de RCS no son totalmente seguros y es posible que no cumplan la HIPAA; sin embargo tomamos precauciones razonables para proteger su privacidad restringiendo el contenido de estos mensajes a avisos no sensibles. Cualquier mensaje que contenga información médica protegida (PHI) se enviará por un canal de mensajería diferente y seguro. Puede elegir dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP" (ALTO). Recibirá un mensaje de texto de confirmación final para verificar que se ha excluido. No se enviarán más mensajes.

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 cómo puede Nevada Health Centers usar y revelar la información médica confidencial que me identifica (o al paciente mencionado abajo). Doy mi consentimiento para que Nevada Health Centers use y revele mi información médica (o del paciente mencionado abajo) 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 abajo), y la información financiera a terceros responsables o representantes identificados por NVHC; a sus agentes de facturación, cobranza, abogados, consultores u otras personas que en nombre de NVHC o que colaboren con NVHC para garantizar el pago a todas las partes responsables de mi atención médica (o la del paciente mencionado abajo), incluyendo el tratamiento por abuso de sustancias, 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 el 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 telefónicas pueden relacionarse con cualquier propósito, incluyendo 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 de 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 autorizó a NVHC el derecho y la autoridad para fotografiar y grabar mi imagen y mi voz, lo qué puede ocurrir en relación con mi diagnóstico y tratamiento, y acepto que después de la creación de esas imágenes o grabaciones las mismas serán de propiedad de NVHC. Entiendo que tengo derecho a pedir que se detenga la grabación o filmación en cualquier momento y acepto renunciar y liberar para siempre a NVHC, sus agentes, representantes y empleados de cualquier reclamo que surja de o en relación con el uso de estas imágenes o grabaciones, incluyendo, entre otros, cualquier reclamo por invasión de la privacidad, derecho a publicidad o difamación.

Uso de dispositivos electrónicos (p. ej., teléfonos, tablets, etc.) en las instalaciones: Tomamos con seriedad la privacidad de los pacientes y del personal. Mientras se encuentre en una instalación de Nevada Health Centers, acepta abstenerse de usar su teléfono o dispositivo móvil de manera tal que invada la privacidad o comprometa la seguridad de quienes lo rodean. Esto incluye tomar fotos o grabar videos de personas o de sus alrededores, hacer grabaciones de audio o, de algún otro modo, usar su dispositivo móvil de manera tal que represente una distracción o un problema de seguridad para su equipo de atención médica, otros miembros del personal o los pacientes. Sabemos que hay situaciones en las que debe usar su dispositivo móvil, por ejemplo, para responder una llamada de emergencia, etc. Sin embargo, durante su visita para una cita con nosotros, deberá hacer todos los esfuerzos razonables por limitar su uso. Esto incluye abstenerse de crear publicaciones en redes sociales en SnapChat, Tik Tok, etc., o generalmente tomar fotos o vídeos mientras está en el lugar en su cita.

Objetos de valor y limitación de responsabilidad: 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.

NEVADA HEALTH CENTERS

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

Nombre en letra de molde del paciente | **Fecha de nacimiento del paciente**

Firmando abajo, indico que revisé, reconozco y doy mi consentimiento para los términos descritos arriba:

Consentimiento en persona

Firma del paciente o de la persona responsable | Fecha/Hora

Nombre en letra de molde de la persona responsable, si no es el paciente | Relación de la persona responsable con el paciente

Teléfonos

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 de la persona responsable, si no es el paciente | Relación de la persona responsable con el paciente

Teléfonos