



HIPAA

Nombre del paciente: (letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Iniciales

Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad respecto a información médica protegida

He recibido el Aviso de privacidad del consultorio. Las fotocopias de este documento deben considerarse tan válidas como el original.

Recaudación de fondos y mercadotecnia: A menos que nos solicite que no lo hagamos, usaremos su nombre y dirección para respaldar nuestros esfuerzos de recaudación de fondos o mercadotecnia. Si no desea participar en los esfuerzos de recaudación de fondos o mercadotecnia, marque la siguiente casilla.

Deseo que se me excluya de cualquier **Campaña de recaudación de fondos** **Campaña de mercadotecnia**

Iniciales

Cesión de beneficios:

Reconozco la responsabilidad financiera por todas las tarifas del centro y del médico. Entiendo que la oficina de facturación del médico presentará mi reclamación al seguro y cedo el pago directo al médico por todos los pagos efectuados conforme a los términos y disposiciones de mi póliza. Asimismo, comprendo que cualquier disputa sobre la cobertura es entre mi compañía aseguradora y yo, y seré responsable del pago por los servicios denegados, independientemente del resultado de mi disputa. Reconozco la responsabilidad financiera sobre todos los cargos si se proporciona información inexacta sobre el seguro al momento del servicio y la información no se corrige antes del límite de presentación oportuna de mi compañía de seguros.

Iniciales

Intercambio de historias clínicas:

CHWP participa en uno o más intercambios de información sanitaria (Health Information Exchange, HIE). Los HIE son redes electrónicas que proporcionan y obtienen acceso a sus registros sanitarios de forma segura para tener una mejor perspectiva de sus necesidades de salud. Los proveedores de CHWP y otros proveedores de atención médica pueden proporcionar y obtener el acceso a su información sanitaria mediante un HIE para un tratamiento, un pago u otras operaciones de atención médica. Como paciente de CHWP, usted puede excluirse de cualquier HIE en cualquier momento, para lo que debe notificar a un asociado de CHWP. Este es un acuerdo voluntario. A menos que nos indique lo contrario, su proveedor de CHWP puede acceder a su información a través de un HIE.

Iniciales

Consentimiento para el historial de medicamentos:

Entiendo que llevar a cabo una conciliación de medicamentos con el fin de prevenir las interacciones adversas de fármacos y una sobredosis es un componente fundamental de mi atención. Al escribir mis iniciales en esta sección, autorizo a mi proveedor a consultar y revisar mi historial de medicamentos, lo que incluye el fármaco, la dosis, el tipo de dosificación, la potencia, el proveedor que receta y la farmacia.

Iniciales

Preferencias de comunicación con respecto a la PHI

Para ayudarlo con su atención, puede ser necesario divulgar nuestra información de salud protegida a alguien que no sea usted.

¿Con quién podemos hablar? Marque las casillas y escriba el(los) nombre(s).

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cónyuge/Pareja: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Padre/Madre/Padrastra/Madrastra: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hijo/Nieto: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra persona: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contacto de emergencia: _____ |

Comunicación por correo electrónico o mensaje de texto

Iniciales

Por la presente autorizo a Community Health and Wellness Partners ("Proveedor") y otros profesionales médicos o miembros del personal que el Proveedor haya designado para que se comuniquen conmigo y con los cuidadores identificados anteriormente, si los hubiere, sobre mis afecciones médicas y mi tratamiento mediante mensajes de texto no cifrados, si he proporcionado un número de teléfono móvil, o mediante correos electrónicos no cifrados, si he proporcionado una dirección de correo electrónico, incluidos aquellos que pueden considerarse mensajes de mercadotecnia (por ejemplo, recordatorios de vacunas contra la gripe, etc.). Reconozco que los mensajes de texto son inherentemente inseguros y que terceros pueden acceder a ellos.

Iniciales

Podemos dejar un mensaje en: Casa Móvil Trabajo

Método preferido para recordatorio de citas (marque todo lo que corresponda):

Llamada a la casa Llamada al móvil Mensaje de texto al móvil

Horario preferido para las llamadas de recordatorios: Mañana Tarde Noche

Firma del paciente/representante

Fecha

Bellefontaine
212 E. Columbus Ave., Suite 1
Bellefontaine, OH 43311

Indian Lake
8200 St. Rt. 366, Suite 1
Russells Point, OH 43348

West Liberty
4879 US Rt. 68 South
West Liberty, OH 43357

Urbana
605 Miami St., Suite 100
Urbana, OH 43078

School-Based Health Centers

West Liberty-Salem

Benjamin Logan

Indian Lake

Riverside