



Consentimiento para tratamiento

Por la presente doy mi consentimiento para servicios médicos proveídos por Boston Mountain Rural Health Center, Inc. (“BMRHC”), incluyendo pero no limitados a, examen diagnóstico, tratamiento médico y servicios de salud de comportamiento. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente mientras sea paciente de BMRHC, y entiendo que puedo discontinuar los servicios a cualquier momento.

Nuestro centro requiere que un guardián de un permiso específico si un niño menor recibirá tratamiento cuando el niño esté acompañado por alguien que no sea el padre o guardián. Cuando el padre o guardián legal no está disponible de inmediato y el consentimiento previo no ha sido proviado, la atención de emergencia no se trazará, pero se requiriera el consentimiento y la autorización verbales lo antes posible para el tratamiento.

Completar para menor si es aplicable

Si yo no estoy disponible para presentarme para la cita de mi niño, las personas listadas en esta forma están autorizadas en mi nombre para acompañar a mi niño para su visita y firmar los consentimientos necesarios y reconocerlos en mi nombre, incluyendo la responsabilidad del pago. Yo entiendo que la persona que se haga presente con mi niño debe ser mayor de 18 años.

Nombre: _____ Relación: _____ Número de contacto: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de contacto: _____

Completar para clínicas ubicadas en la escuelas:

como el padre/guardián le doy permiso para la escuela personal para que transporte y acompañe al estudiante mencionado anteriormente a las visitas de BMRC. Igual que con asuntos relacionados con la salud, la información de salud no puede divulgarse sin consentimiento. Si físicos deportivos son completos, le doy consentimiento a la escuela de mi hijo.

Telesalud/conferencia por video

he recibido una copia, leído y entendido las regulaciones de telesalud. Yo entiendo y estoy de acuerdo en participar en telesalud, en que mi imagen y información de salud protegida (PHI) va ser transmitida electrónicamente por conferencia en video para profesionales de salud que están autorizados a recibir información para el propósito de proveer diagnósticos médicos y servicios de tratamiento. Entiendo que las redes sociales son encriptadas y los riesgos de que la transmisión sea localizada por una persona sin autorización es extremadamente pequeña. Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento antes de iniciar la conferencia de video o interrumpir la conferencia de video en cualquier momento. En cualquier caso, yo entiendo que ninguna acción va ser tomada contra mi nombre, y todavía puedo consultar una consultación en persona para un físico o cuidado de salud. También entiendo si interrumpo la conferencia en video la consultación va ser incompleta, en ese caso entiendo que los profesionales de salud no van a poder ofrecerme tratamiento.

Entiendo que hay límites para la tecnología de telesalud, entonces no me pueden garantizar que la sesión de telesalud va eliminar la opción que sea visto por un especialista en persona para recibir el tratamiento adecuado para mi condición.

Notificación de Privacidad

He recibido una copia, leído y entendido el aviso de privacidad BMRHC. Por favor de estar consciente que los servicios de BMRHC para la salud de comportamiento son designados para proveer tratamiento solamente. Los servicios de tratamiento que se ofrecen tienen que ser médicamente necesarios. Copias de practicantes independientes y de salud de comportamiento son disponibles solo si son solicitadas por el paciente.

Autorización para divulgar información

Autorizo a Boston Mountain a divulgar cualquier información necesaria adquirida en el curso de examen o tratamiento del paciente a cualquier agente autorizado relacionado con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica

Autorización para pagar beneficios

Autorizo que la clínica divulgue información médica, dental, salud de comportamiento o cualquier otra información a terceros aseguranza para el propósito de presentación de reclamo de seguro relacionado a mi cuidado y entiendo que pueda ser facturado por los servicios prestados



Reconocimiento.

reconozco que soy responsable por el balance de mi cuenta. Entiendo que servicios terceros pueden negar pagar conforme sus pólizas de pago y reglas. acepto que soy responsable por el costo que no cubre mi aseguranza.

Firmando aquí reconozco que soy el paciente o el representante autorizado por el paciente.

Firma del paciente o el representante designado (si es menor, padre o guardián legal)

Fecha