

Consentimiento general para el tratamiento y la recepción de notificaciones

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para el tratamiento: Por la presente reconozco, acepto y doy mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento médico, de salud conductual, quiropráctico y dental que Noble Community Clinics (Noble) considere necesario, según lo indique mi proveedor de atención médica, sus asistentes y/o personas designadas. Esta autorización incluye, entre otros, procedimientos de rutina, servicios ambulatorios, pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas o procedimientos. Entiendo la naturaleza general de los servicios disponibles y he discutido, o discutiré, el Plan de Tratamiento individualizado y las modalidades de tratamiento alternativas razonables con mi proveedor. Discutiré los posibles beneficios, riesgos, efectos secundarios y resultados de los tratamientos recomendados en mi Plan de Tratamiento. Entiendo las recomendaciones y los beneficios previstos del tratamiento, la duración aproximada del mismo y los resultados deseados tal y como me los ha explicado mi proveedor, incluidos los riesgos y las consecuencias de no seguir, posponer o interrumpir el tratamiento recomendado. Entiendo que mi(s) médico(s) o profesional(es) sanitario(es) u otros proveedores de atención médica pueden estar acompañados y/o asistidos por estudiantes, internos y/o residentes durante mi atención. Doy mi consentimiento para la presencia y/o participación de estas personas en mi tratamiento, a discreción de mi(s) médico(s)/profesional(es) de la salud u otros profesionales sanitarios autorizados, o bajo su supervisión. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías como resultado del examen y el tratamiento recibidos en este centro. Reconozco que mi atención está bajo la dirección de mi proveedor de atención médica y que Noble seguirá las instrucciones de mi(s) proveedor(es) en el marco de dicha atención.

Atención al paciente: Yo, el abajo firmante, me comprometo a cumplir con mis responsabilidades de hacerme cargo de mi atención médica, colaborando con mi profesional sanitario y manteniendo el cumplimiento del plan de cuidados designado por mis profesionales para mi salud y bienestar.

Objetos personales de valor: Acepto toda la responsabilidad por todos los bienes que estén en mi poder. Entiendo que Noble no asume ninguna responsabilidad por los bienes personales que estén en mi poder.

Cesión de prestaciones, autorización para divulgar información a la compañía de seguros y declaración de responsabilidad: Por la presente cedo todas las prestaciones del seguro, incluyendo Medicare/Medicaid, a Noble y autorizo el pago directo al centro. Este pago incluye todos los pagos por los gastos incurridos por cualquier servicio que me preste Noble. Doy permiso a Noble para divulgar cualquier información médica sobre mí a mi aseguradora, incluyendo Medicare/Medicaid y sus agentes, con el fin de decidir las prestaciones y tramitar las reclamaciones. Acepto ser responsable de los gastos no cubiertos por el seguro. Entiendo que, como paciente, tutor, curador y/o asegurado, soy financieramente responsable ante Noble de todos los gastos no cubiertos por las cesiones o programas mencionados anteriormente. Los gastos pueden incluir deducibles del seguro, coseguro y/o gastos de bolsillo. Acepto que soy responsable del aspecto financiero de mi atención médica y que cumpliré con todos y cada uno de los planes de seguro, Medicare/Medicaid y cualquier detalle de pago por cuenta propia y/o de tarifas variables. Si se designa a una parte responsable, dicha parte reconoce la responsabilidad financiera de conformidad con esta sección.

Representante autorizado: Por la presente autorizo a Noble a actuar en mi nombre para reclamar prestaciones, apelar determinaciones adversas sobre prestaciones y tomar cualquier medida que se considere necesaria para obtener el pago de los servicios que Noble me ha prestado.

Servicios no cubiertos por Medicare/Medicaid: Los programas de Medicare y Medicaid tienen ciertos gastos que están excluidos de la cobertura, incluyendo, entre otros: cirugía estética, cirugía dental no relacionada con motivos médicos, pruebas diagnósticas rutinarias, exámenes físicos rutinarios y medicamentos orales. Reconozco que soy financieramente responsable de todos los gastos incurridos si mi historial médico indica alguno de los tratamientos o cuidados enumerados.

Instrucciones anticipadas para la atención médica: Entiendo que puedo proporcionar directivas anticipadas por escrito —como un testamento vital formalizado conforme al capítulo 154 del Estatuto de Wisconsin o un poder notarial para la atención médica formalizado conforme al capítulo 155 del Estatuto de Wisconsin— para indicar mis preferencias respecto al tratamiento médico o la no intervención en caso de que me vea incapacitado para comunicarme. La ley de Wisconsin reconoce la validez de estos documentos cuando se completan y firman debidamente. Noble respetará las instrucciones anticipadas válidas de conformidad con los estatutos de Wisconsin y la política del centro. Para garantizar que se puedan seguir estas instrucciones, acepto proporcionar copias de mis documentos cumplimentados para que puedan archivarse en mi historial médico.

Representantes personales: Indique aquí sus representantes personales (mayores de 18 años¹) autorizados para acceder a su información médica protegida (PHI) y/o dar su consentimiento para el tratamiento en su nombre.

Según la legislación de Wisconsin, los tutores y los apoderados para la atención médica (HC-POA) no pueden delegar su autoridad para dar el consentimiento médico. Un tutor designado por el tribunal es legalmente responsable de tomar decisiones en nombre de su pupilo. Un tutor no puede delegar esta autoridad para la toma de decisiones a otra persona, a menos que dicha delegación esté específicamente autorizada por el tribunal. Por lo tanto, todos los formularios de consentimiento para la atención médica, el tratamiento o los servicios deben ser firmados directamente por el tutor. Si el tutor no puede presentarse o firmar, el consentimiento no puede ser otorgado por otra persona en su lugar y, por lo tanto, los servicios pueden ser reprogramados. Si el tutor no puede presentarse en persona para firmar el formulario de consentimiento, Noble puede obtener el consentimiento verbal directamente del tutor por teléfono.

| Nombre | Relación | Dirección | Número de teléfono | Consentimiento para el tratamiento <small>*El apoderado o el tutor temporal/permanente no puede delegar el consentimiento</small> | Consentimiento para el intercambio verbal de información médica protegida <small>*Los registros escritos requieren ROI</small> |
|--------|----------|-----------|--------------------|--|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Consentimiento para la telesalud: Entiendo que parte de mi atención médica puede prestarse a través de telesalud utilizando vídeo y/o audio seguros. La telesalud es opcional, y puedo solicitar atención presencial en cualquier momento; sin embargo, entiendo que, para determinados servicios o en función de la disponibilidad de los profesionales, la telesalud puede ser la única opción ofrecida. Los servicios de telesalud se facturan de forma similar a las visitas presenciales, y pueden aplicarse copagos o costes compartidos normales en función del seguro. Su información estará protegida por la HIPAA y cualquier otra normativa estatal o federal aplicable.

Consentimiento para OCHIN: Noble Community Clinics (Noble) forma parte de una red organizada de atención sanitaria que incluye a participantes de OCHIN. Puede consultarse una lista actualizada de los participantes de OCHIN en www.ochin.org. Como socio comercial de Noble, OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a Noble Community Clinics (Noble) y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también lleva a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y acceder a los beneficios clínicos que puedan derivarse del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de forma colaborativa para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internas y externas. Noble puede compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para fines de operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

Aviso de privacidad de la HIPAA: Reconozco que se me ha ofrecido o he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad y de la Carta de derechos y responsabilidades del paciente de Noble Community Clinics (Noble).

Doy mi consentimiento a Noble Community Clinics para que deje un mensaje sobre citas, tratamientos, cirugías, resultados de laboratorio o radiología, u otra información que se considere necesaria: (Marque todas las opciones que correspondan)

- En el contestador automático o el buzón de voz del teléfono fijo o móvil
- En el contestador automático o el buzón de voz del teléfono del trabajo
- No doy mi consentimiento para que se dejen mensajes en mi domicilio, en el trabajo o con otra persona. Deseo que se pongan en contacto conmigo directamente.

Firma del paciente/padre si es menor de edad/apoderado/tutor

Fecha

Firma del titular de la póliza de seguro (si no es la misma que la anterior)

Fecha

¹ Los menores emancipados quedan excluidos de las restricciones de edad.