

Consentimientos y reconocimientos

Tratamiento general

Entiendo que:

- Cherry Health (CH) ofrece atención (médica, conductual, de trastorno de abuso de sustancias, dental y de visión) en un entorno integrado (combinado).
- Hay determinada información de salud que está especialmente protegida. Debo dar mi consentimiento para compartir esta información en algunos casos. Esta información incluye el estado de VIH/SIDA (human immunodeficiency virus, HIV/acquired immune deficiency syndrome, AIDS), infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infections, STIs), tuberculosis (tuberculosis, TB), hepatitis B, información genética, y salud conductual y trastorno de uso de alcohol y drogas.
- Mi historia clínica es electrónica e incluye todos los servicios que recibo en CH y toda la información de salud especialmente protegida.
- Mi tratamiento puede ser fotografiado o grabado como video/audio con fines médicos o educativos. Las imágenes que me identifiquen solo serán divulgadas si doy mi consentimiento o si fuera necesario para mi tratamiento.
- Mi proveedor solo tratará lo que sea capaz de tratar. Puedo pedir otra opinión de un proveedor supervisor.
- Puedo solicitar que me vea un proveedor específico.
- CH participa en programas de enseñanza. Un estudiante puede examinarme con mi consentimiento oral y bajo la supervisión directa del supervisor de CH.
- Puedo elegir no recibir algún servicio recomendado por mi proveedor, a menos que una orden judicial lo exija.
- CH puede informarme si soy elegible para participar en estudios de investigación. Mi decisión de participar en una investigación no afectará mi atención y es voluntaria.
- CH ha adoptado medidas de protección para mantener la privacidad y exactitud de toda mi información médica, incluido el tratamiento del trastorno de uso de alcohol y sustancias. Estas medidas de protección siguen las leyes de privacidad estatales y federales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y el Código de Salud Mental de Michigan (Michigan Mental Health Code).
- CH ofrece un acceso por Internet seguro a mi historia clínica electrónica a través del portal de pacientes. Este acceso es voluntario.
- Puedo permitirle a otra persona acceder a mi portal de paciente y entiendo que esto permitirá el acceso individual autorizado a toda mi historia clínica electrónica.
- Si CH me da el alta, CH puede comunicarse conmigo para hacerme una encuesta de seguimiento para conocer si estoy satisfecho con la atención que recibí.
- CH puede decirles a mi familia y amigos mi ubicación y condición si hubiera una emergencia o desastre.
- Puedo pedirle a CH que limite el uso de mi información de salud protegida (protected health information, PHI).

Tratamiento a través de telesalud

Entiendo que:

- La telesalud es la prestación de servicios usando tecnologías interactivas (lo que pueden incluir, entre otras, video, teléfono, mensaje de texto, aplicaciones y correo electrónico) entre mi proveedor y yo sin estar en el mismo lugar físico. Este servicio puede no implicar comunicación directa cara a cara.
- Las tecnologías usadas en la telesalud incluyen medidas de seguridad de redes y software para proteger la privacidad de mi información comunicada a través de redes electrónicas.
- Todos los servicios están documentados en mi registro de salud.
- El intercambio de documentos se hará a través de medios electrónicos o por correo.
- Los detalles de mis antecedentes médicos e información de salud personal se pueden analizar conmigo y otros proveedores por video, audio u otras tecnologías de telecomunicaciones.
- Es mi responsabilidad mantener la privacidad de mi lado. Las compañías de seguro, las personas autorizadas por mí y las que la ley permita también podrán acceder a los registros o comunicaciones.
- Necesitaré acceso y familiarizarme con la tecnología apropiada para participar en el servicio prestado.
- Existen riesgos, entre otros, la interrupción del servicio debido a dificultades técnicas.
- Si existiera la necesidad de tener un servicio directo, cara a cara, es mi responsabilidad comunicarme con mi centro de salud o con los proveedores de mi área para tener una cita en persona.
- Puedo negarme a recibir los servicios de telesalud en cualquier momento sin poner en peligro mi acceso a la atención, los servicios y los beneficios en el futuro.
- Se creará un plan de emergencia para las situaciones de emergencia, para la interrupción del servicio u otras comunicaciones.

| | |
|---|---------------------|
| Nombre del paciente (Por favor, imprima) | Fecha de nacimiento |
|---|---------------------|

Tratamiento de grupo a través de telesalud

Entiendo que:

- Debo usar una conexión de Internet segura (no pública) para participar en un grupo.
- Para mantener la privacidad del grupo, es importante conectarse desde una habitación silenciosa y privada sin interrupciones o distracciones de otras personas u otros dispositivos. Es fundamental que no haya otras personas cerca que puedan escucharme o mirarme durante la reunión.
- Se mantiene el uso de auriculares y la privacidad de la cámara para proteger lo que se comparte y la identidad de los otros miembros del grupo.
- Si alguien entrara a la habitación, alertaré al grupo, cubriré inmediatamente la pantalla y bajaré el volumen a 0. Si la interrupción no es breve, es posible que tenga que salir del grupo hasta estar solo nuevamente.
- Bajo ninguna circunstancia puedo grabar ninguna parte de la sesión grupal, ya sea con video o con audio.
- Si bien no se pueden dar garantías a los facilitadores del grupo, los miembros del grupo deben aceptar mantener la confidencialidad de otros miembros del grupo. Esto significa que no puedo divulgar nombres u otra información identificatoria sobre los miembros del grupo, ni puedo discutir asuntos ni experiencias personales de otros miembros. Esto incluye, entre otras cosas, publicaciones escritas e imágenes en foros de redes sociales. Si hubiera alguna infracción, seré legalmente responsable de la violación de confidencialidad.

Doy mi consentimiento para uno o los dos tratamientos, general y a través de telesalud, para:

- Que el personal de CH me examine y me atienda.
- Que CH ordene pruebas para ayudarme con mi atención. Estas pruebas pueden incluir una prueba de virus de inmunodeficiencia humana, VIH (human immunodeficiency virus, HIV). Puedo negarme o posponer esta prueba sin que esto afecte mi estado como paciente.

La historia clínica electrónica y mi información de salud protegida (protected health information, PHI)

Doy mi consentimiento para:

- Que CH trabaje con otros proveedores de atención médica para coordinar, administrar y brindarme atención.
- Que CH use y comparta mi información de salud protegida (protected health information, PHI) y la información de salud especialmente protegida a través de comunicaciones escritas, orales o electrónicas con el fin de:
 - recibir recetas de mi farmacia preferida
 - obtener la remisión a especialistas
 - coordinación de atención
 - verificar los estados de seguro actual
 - otorgar la certificación para preadmitir o continuar con la estadía
 - hacer otras cosas para mejorar la calidad de atención médica que recibo; por ejemplo, evitar las pruebas innecesarias o repetidas
- Que CH use y comparta mi información de salud protegida (protected health information, PHI) y la información de salud especialmente protegida con el fin de pagar a:
 - compañías de seguro
 - organizaciones de atención administrada
 - mi empleador (si me lesiono en el trabajo)
 - los programas estatales y federales como Medicaid y Medicare
 - los programas de compensación del trabajador

El intercambio de atención médica y mi información de salud protegida

Entiendo que:

- CH participa en un intercambio de información de atención médica (health care information exchange, HIE) a través de MiHIN, formalmente GLHC, MiHIN sigue todas las leyes de privacidad estatales y federales para mantener la seguridad de mi información de salud protegida.
- Entiendo que hay disponible más información sobre HIE y MiHIN en los lugares donde recibo atención médica y en el sitio web de CH.

Doy mi consentimiento para:

- Participar en el intercambio de información de atención médica (health care information exchange, HIE). Entiendo que incluye toda mi historia clínica, incluida la información especialmente protegida (ver punto dos en la sección "Entiendo que" para obtener información sobre información especialmente protegida).

Asignación de beneficios y responsabilidad financiera

Entiendo que:

- Si no asigno beneficios, me facturarán el costo total de todos los servicios, incluida la salud conductual y el tratamiento de trastorno por uso de sustancias.

| | |
|---|---------------------|
| Nombre del paciente (Por favor, imprima) | Fecha de nacimiento |
|---|---------------------|

- Si mi seguro no paga todos o parte de mis servicios, puedo ser responsable de pagar por esos servicios.
- Debo seguir las políticas financieras de CH para continuar con mi atención en CH.

Doy permiso para qu:

- Que mi seguro pague mis beneficios directamente a CH.

Reconocimiento del Aviso sobre prácticas de privacidad

Entiendo que:

- De conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), CH usará y compartirá mi información de salud protegida (protected health information, PHI) para:
 - el tratamiento de mis afecciones médicas y para prestarme atención continua
 - el pago de mis servicios médicos
 - investigación
 - los procesos de rutina que incluyen mejora de la calidad, acreditación, fines educativos u otras divulgaciones según lo exija la ley
- El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en los lugares donde recibo atención médica y en el sitio web de CH.

Comunicaciones

Entiendo que:

- CH dejará mensajes en el número de teléfono que dé para los recordatorios de citas, reabastecimiento de recetas, remisiones o pruebas.
- CH también puede enviarme mensajes de texto o correos electrónicos usando la información de contacto que yo dé.

Doy mi consentimiento para:

- Que CH, incluso los socios comerciales de CH (por ejemplo, llamadas de recordatorio), se comuniquen conmigo por teléfono a cualquier número que haya dado o que esté en mi información de salud protegida (protected health information, PHI). Esto incluye números de teléfonos celulares, lo que puede generarme gastos.

Doy acceso a toda mi información de salud protegida (protected health information, PHI) a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación. Autorizo a CH a hablar sobre toda mi información de salud protegida (protected health information, PHI) con la(s) persona(s) indicada(s) a continuación.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Doy permiso a la persona que está indicada abajo para que lleve a mis hijos a sus citas de atención médica y que recoja la medicación de la farmacia.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Acepto todo lo anterior y entiendo que este consentimiento permanecerá vigente por un año desde la fecha de la firma o hasta que notifique por escrito a CH de algún cambio.

Firma del paciente/madre/padre/tutor legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

If a signature is not obtained, staff must document the good faith efforts to obtain the acknowledgement and the reason why it was not obtained. Reason:

Staff signature _____ Date _____

This form is compliant with HIPAA privacy regulations, 45 CFR Parts 160 and 164 as modified August 14, 2002, 42 CFR Part 2, PA 258 of 1974 and MCL 330.1748 and PA 368 of 1978, MCL 333.1101 et seq and PA 129 of 2014, MCL 330.1141a.