

## RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE, CONSENTIMIENTO CON CERTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE LA ASEGURADORA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Comprendo que, bajo las leyes federales y estatales, tengo derecho a que la información sobre mi condición médica física y mental y la atención médica que he recibido permanezca privada y confidencial. Bajo ciertas circunstancias, Tallahassee Primary Care Associates, P.A. ("TPCA") tiene la capacidad limitada para divulgar dicha información, conocida como información médica protegida, sin mi autorización.

Comprendo que tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Tallahassee Primary Care Associates antes de firmar el presente documento, y confirmo que me han entregado el Aviso de prácticas de privacidad de TPCA, que contiene una lista de mis derechos como paciente. Comprendo que el Aviso de prácticas de privacidad de Tallahassee Primary Care Associates también está disponible en el sitio web de TPCA en [www.TallahasseePrimaryCare.com](http://www.TallahasseePrimaryCare.com). Comprendo que mi médico es parte de TPCA y que este aviso se aplica a la información médica protegida que mi médico, como parte de TPCA, recopila, recibe o crea para mi salud física o mental pasada, presente o futura.

Por el presente doy mi consentimiento para usar o revelar mi información médica protegida para que me den un diagnóstico o presten tratamiento, obtener el pago de mis facturas de atención médica, incluida mi compañía de seguros u organización de atención médica administrada, hacer actividades de atención médica de TPCA y cualquier otra divulgación permitida, como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.

También comprendo que TPCA participa y proporciona registros médicos electrónicos para ciertos intercambios de información médica. En la página 2 de este documento, se incluye información sobre los intercambios de información médica, incluido como ejemplo [www.hienetworks.com](http://www.hienetworks.com). La información intercambiada en estas actividades puede incluir mi información médica protegida. Por el presente autorizo dichas comunicaciones. Comprendo que puedo decidir no participar en esta comunicación en cualquier momento enviando un pedido por escrito que indique específicamente mi voluntad de no participar en las actividades de intercambio de información médica (HIE) directamente a nuestro funcionario encargado de la privacidad por correo electrónico a [Compliance@TallahasseePrimaryCare.com](mailto:Compliance@TallahasseePrimaryCare.com) o enviando un pedido por escrito a la Privacy Office en el 1803 Miccosukee Commons Drive, Suite 101, Tallahassee, FL 32308.

TPCA se reserva el derecho de revisar, hacer nuevas disposiciones o cambiar los términos de estos avisos en cualquier momento. Los avisos nuevos entrarán en vigencia para toda la información médica protegida que mantengamos en ese momento. Una copia de dicho aviso revisado estará disponible para usted en nuestro sitio web en [www.TallahasseePrimaryCare.com](http://www.TallahasseePrimaryCare.com).

Por el presente certifico que la información que di para aplicar al pago según el título XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social por terceros pagadores es correcta. Asigno el pago a TPCA de todos los beneficios que me corresponden en los términos de dichas políticas y programas. Asigno el pago al médico que presta los servicios médicos y al médico por el que el hospital está autorizado a facturar por sus servicios. Comprendo que debo pagar los deducibles del seguro médico; el coseguro y cualquier otro cargo incurrido que no paguen mis aseguradoras u otros terceros pagadores junto con todos los costos de cobranza, si es necesario, incluidas las comisiones cobradas por una agencia de cobranza de terceros y los honorarios razonables de abogados si los cobra o gestiona un abogado.

**UNA COPIA FOTOCOPIADA DE ESTE ACUERDO TENDRÁ LA MISMA VALIDEZ QUE EL ORIGINAL.**

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE RELACIONADA CON EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Entre las normas más importantes de la Ley de Reversión y Recuperación de Estados Unidos de 2009, promulgada por el Congreso, se encuentran importantes disposiciones que afectan tanto a los proveedores de atención médica como a los pacientes. Las disposiciones de esta ley incluyen el concepto de intercambio de información médica ("HIE").

El intercambio de información médica (HIE) se define como la movilización electrónica de información médica entre organizaciones dentro de una región o comunidad. HIE ofrece la capacidad de mover electrónicamente información clínica entre sistemas de información de atención médica distintos manteniendo el significado de la información que se intercambia. El objetivo de HIE es facilitar el acceso a los datos clínicos para dar una atención más segura, oportuna, eficiente, eficaz, equitativa y enfocada en el paciente. HIE también es útil para las autoridades de salud pública para ayudar en los análisis de la salud de la población.

Tallahassee Primary Care Associates, P.A. participa y provee información del paciente a HIE en ciertas circunstancias para facilitar la continuidad y el intercambio coordinados de información de atención médica entre las instalaciones y los proveedores.

*Consentimiento de reconocimiento del paciente con certificación de la aseguradora y autorización*

Página 1 de 3

## RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE, CONSENTIMIENTO CON CERTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE LA ASEGURADORA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con la intención de darle información general de HIE a usted, nuestro paciente, y nuestra participación y compromiso con HIE, hemos incluido una breve explicación y un ejemplo de un recurso local de HIE en Tallahassee a través de HIE Networks ([www.hienetworks.com](http://www.hienetworks.com))

HIE Networks se compromete a ofrecer formas más fáciles de comunicar información y compartir correspondencia médica que cumplan con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) entre proveedores de atención médica. Desde el envío de faxes electrónicos hasta una interfaz intuitiva y el intercambio de datos clínicos, las comunicaciones se simplifican electrónicamente para disminuir los errores y aumentar la satisfacción del personal y los pacientes.

A menos que usted decida específicamente no participar como se indica abajo, su información médica personal se entregará a organizaciones como HIE Networks mediante métodos seguros con contratos que cumplen con la HIPAA. Tallahassee Primary Care Associates y nuestros médicos apoyan este intercambio de información médica como una parte importante de la tecnología de atención médica que facilita la comunicación y la coordinación comunitaria de la atención de sus pacientes.

En general, el intercambio de datos clínicos incluye un grupo de organizaciones y partes interesadas que intercambian datos por vía electrónica de conformidad con la HIPAA desde el punto de vista tecnológico y controlada por contratos entre las partes que cumplen con la HIPAA para mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención médica.

Puede encontrar información de ejemplo sobre esta gestión y participación en [www.HIENetworks.com](http://www.HIENetworks.com). Se puede encontrar información de ejemplo sobre el HIE en general y las gestiones nacionales en ese sentido en [www.healthit.gov](http://www.healthit.gov).

### **Consentimiento para servicios de un niño menor de edad**

En casi todos los casos, Tallahassee Primary Care Associates (TPCA) precisa el consentimiento por escrito de los padres o tutores legales para prestar servicios de atención médica a niños menores de 18 años en el centro de diagnóstico por imágenes, laboratorio, departamentos de servicios clínicos o consultorios médicos primarios.

Se anima a todos los padres o tutores a asistir a todas las consultas médicas en Tallahassee Primary Care Associates, pero entendemos que no siempre es posible. Para evitar tener que reprogramar las citas cuando los padres o tutores no pueden asistir, este formulario de consentimiento que autoriza a TPCA y su profesional médico a prestar servicios de atención médica debe estar firmado por la persona adecuada.

\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ por el presente declaramos que somos los padres o tutores legales de (nombre del niño) \_\_\_\_\_, menor de edad, nacido el \_\_\_\_\_.

#### **\*\*\*Abajo se presentan las opciones iniciales\*\***

\_\_\_\_\_ Autorizamos y damos nuestro consentimiento para todos los servicios profesionales prestados u organizados dentro del consultorio de atención primaria y sus departamentos auxiliares.

\_\_\_\_\_ Autorizamos y damos nuestro consentimiento para cualquier tratamiento necesario por motivos médicos dentro del consultorio de atención primaria únicamente y no en los departamentos auxiliares.

\_\_\_\_\_ No damos consentimiento para los servicios de \_\_\_\_\_ (liste exámenes/ servicios específicos).

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE, CONSENTIMIENTO CON CERTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE LA ASEGURADORA Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

**Los adultos de abajo están autorizados a buscar atención médica o servicios auxiliares en lugar del padre, madre o tutor legal del menor.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

**El consentimiento vence el:** \_\_\_\_\_ *(si no tiene fecha, vencerá un año después de la fecha en que se firme)*

Nombre del paciente: Letra de molde: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor legal *(si el paciente es menor de edad)*: Letra de molde: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Explique su relación con el paciente: \_\_\_\_\_

*Tallahassee Primary Care Associates, P.A. (TPCA) no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad en sus programas o actividades médicas.*