

ARLINGTON CLINIC

326 S Stillaguamish Ave
Arlington, WA 98223
360-572-5400

EDMONDS CLINIC

23320 Hwy 99
Edmonds, WA 98026
425-640-5500

EVERETT-CENTRAL CLINIC

4201 Rucker Ave
Everett, WA 98203
425-382-4000

EVERETT-COLLEGE CLINIC

930 N Broadway
Everett, WA 98201
425-595-3900

EVERETT-NORTH CLINIC

1424 Broadway
Everett, WA 98201
425-789-2000

EVERETT-SOUTH CLINIC

1019 112th St SW
Everett, WA 98204
425-551-6200

LYNNWOOD CLINIC

4111 194th St SW
Lynnwood, WA 98036
425-835-5200

ADMINISTRATION

8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3700

chcsno.org

Hola,

¡Bienvenido a Community Health Center of Snohomish County (CHC)!

Estamos felices de que nos haya elegido para ser su hogar de atención médica. En CHC, trabajamos arduamente para brindar atención orientada al paciente. Atención orientada al paciente significa que estudiamos a la persona de manera integral, desde sus necesidades físicas hasta sus necesidades de salud mental. Colaboraremos con usted para ofrecerle atención que sea respetuosa de sus valores, su cultura y sus preferencias.

Este paquete se entrega a todos los pacientes nuevos en CHC. En el mismo encontrará información importante sobre su experiencia como paciente.

El contenido de este paquete incluye:

- Carta de bienvenida (este documento)
- Derechos y responsabilidades del paciente
- Aviso de prácticas de privacidad
- Aviso de no discriminación
- Aviso médico para pacientes que no se presentan
- Aviso odontológico para pacientes que no se presentan
- Aceptación y consentimiento del paciente - **debe estar firmado**

Asegúrese de revisar todos los documentos, así como de firmar y devolver el formulario de Aceptación y consentimiento del paciente en la última página.

¿Preguntas? Pregúntele a un miembro de su equipo de atención o a un miembro del personal de recepción de CHC si tiene preguntas o necesita ayuda de alguna manera.

¡Gracias por elegir CHC del Condado de Snohomish! Esperamos trabajar con usted en su viaje de atención médica.

Atentamente,

Su Equipo de cuidados en CHC

Derechos y responsabilidades de los pacientes

USTED TIENE DERECHO DE:

- Recibir atención y servicio de calidad.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- A no ser discriminado.
- Hablar con un proveedor con respecto a sus necesidades médicas/dentales después del horario de atención.
- Recibir información completa sobre su salud, así como sobre sus opciones de tratamiento y servicio. Nosotros le daremos esta información en un idioma y de una manera que pueda comprender.
- Participar en la toma de decisiones sobre su atención médica. Si se rehúsa a recibir tratamiento, le explicaremos los posibles resultados.
- Preguntar sobre tarifas, cargos y políticas de pago.
- Rehusarse a participar en una investigación.
- Sugerir cambios en procedimientos.
- Participar en la elección de su proveedor de atención primaria.
- Participar en decisiones sobre su plan de cuidados paliativos.
- Quejarse si tiene inquietudes sobre algunos servicios clínicos.
- Presentar un reclamo si no está satisfecho con la forma en que se resolvió su queja.
- Presentar un reclamo si considera que ha experimentado una conducta poco profesional por parte de algún empleado.
- Contar con que su información sea divulgada según lo permitido por ley.
- Tener acceso, solicitar enmiendas y obtener información sobre divulgaciones de su información de salud, de acuerdo con la ley aplicable.
- Recibir aviso razonable si CHC decide cambiar o terminar su relación con usted.

SUS RESPONSABILIDADES SON:

- Brindar su historial médico, así como información de facturación completa y correcta.
- Informar a su proveedor sobre algún testamento en vida, poder notarial para toma de decisiones médicas u otras directivas que podrían afectar su atención.
- Acudir a sus citas programadas. Si necesita cancelar una cita, llámenos 24 horas antes de la cita.
- Cumpla su parte para mantenerse tan saludable como sea posible siguiendo los planes de tratamiento e instrucciones de atención acordados con su proveedor de atención médica.
- Tratar al personal y a otros pacientes con respeto.
- Respetar la privacidad de otros.
- Respetar la propiedad de CHC.
- Cumplir las políticas de CHC.
- Pagar los servicios recibidos de acuerdo con las políticas de CHC.
- Pagar los servicios que recibió cuando fue referido a otros proveedores de atención médica fuera de CHC.
- Vigilar y mantener seguro a cualquier niño que traiga al centro de salud.

No cumplir con estas responsabilidades puede dar como resultado no poder acceder a servicios de CHC en el futuro.

Aviso de prácticas de privacidad

Introducción

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la Información Médica Protegida (PHI) y cómo puede tener acceso a esta información. Revíselo con atención.

Según la ley, el Community Health Center of Snohomish County (CHC) tiene que cumplir con las siguientes exigencias:

- Proteger la privacidad de su información.
- Proveer este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad.
- Seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso.
- Notificar si la información médica del paciente se encuentra comprometida.

Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final.

Usos y divulgaciones que pueden realizarse sin su consentimiento escrito

Estos son algunos ejemplos sobre cómo podríamos usar y compartir su PHI sin su consentimiento.

Contactarlo: Podemos usar la PHI para comunicarnos con usted, recordarle sus citas, brindarle los resultados de las pruebas, informarle sobre las opciones de tratamiento o notificarle sobre los eventos o servicios de educación para la salud.

Tratamiento: Podemos usar y divulgar la PHI para proveerle un tratamiento. También podemos compartir su PHI con otros proveedores de cuidado de salud que lo atiendan.

Pago: Podemos usar o divulgar la PHI para determinar la cobertura, la facturación, la gestión de reclamaciones y el reembolso. También podemos compartir la PHI para solicitar o recibir el pago de su plan de seguro de salud.

Operaciones del cuidado de salud: Podemos usar o divulgar la PHI para apoyar las actividades comerciales de su proveedor de atención médica y de CHC, incluido el intercambio de su PHI con terceros "asociados comerciales" que realizan actividades para nuestra organización, como servicios de facturación y transcripción. También podemos usar o divulgar su PHI según sea necesario, para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Se puede usar la PHI para contactarlo con el fin de recaudar dinero para nuestras operaciones. También podemos divulgar la PHI a una fundación que esté relacionada con nosotros para que esta pueda contactarse con usted para recaudar dinero para sus operaciones. Todo material de la recaudación de fondos que se envíe incluirá una descripción sobre cómo optar por no recibir más mensajes de la recaudación de fondos.

Exigido o permitido según la ley: Se puede usar o divulgar la PHI cuando la ley lo exija o lo permita. También podemos divulgar la PHI en la medida necesaria para evitar una amenaza grave contra su salud o seguridad o contra la salud o seguridad de otros.

Otras divulgaciones permitidas o exigidas por la ley incluyen lo siguiente:

- Agencias de supervisión de la atención médica para obtener la concesión de licencias y auditorías
- Actividades de salud pública
- Actividades de supervisión de salud
- Aplicación de la ley cuando la ley lo exija o lo permita
- Investigación cuando una Junta de revisión institucional lo apruebe
- Reclamos de compensación para los trabajadores
- Agencias militares o de seguridad nacional
- Médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios

Usos y divulgaciones que pueden realizarse sin su autorización, pero que tiene la posibilidad de objetar

En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos la PHI de acuerdo con la preferencia que nos haya expresado anteriormente y de manera beneficiosa para usted según lo determine nuestro

criterio profesional. También utilizaremos nuestro criterio profesional y experiencia para realizar interferencias razonables que lo beneficien al permitir que una persona recoja las recetas surtidas.

Familia y otras personas involucradas en su cuidado:

Podemos usar o divulgar la PHI para notificar o ayudar a encontrar a un familiar u otra persona responsable de su cuidado para informarle sobre su ubicación, estado general o muerte.

Esfuerzos de socorro en casos de desastre: Podemos usar o divulgar la PHI a una entidad privada o pública autorizada por la ley o sus estatutos para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre con el fin de coordinar la notificación a su familia sobre su ubicación, estado general o muerte.

Usos y divulgaciones que exigen su consentimiento escrito

Notas de psicoterapia: Debemos obtener su consentimiento para cualquier uso o divulgación de las notas de psicoterapia, excepto si nuestro uso o divulgación de notas de psicoterapia es: (1) por parte del autor de las notas de psicoterapia para el tratamiento, (2) para nuestros propios programas de entrenamiento en donde estudiantes, aprendices o profesionales de la salud mental aprenden bajo supervisión a realizar o mejorar sus habilidades de asesoramiento, (3) para defendernos en un procedimiento legal iniciado por usted, (4) según lo exija la ley, (5) para una agencia de supervisión de la salud con respecto a la supervisión del autor de las notas de psicoterapia, (6) para un forense o médico examinador o (7) para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente contra la salud o la seguridad de una persona o el público en general.

Privacidad reproductiva: Debemos cumplir las leyes de privacidad cuando utilicemos o divulguemos información médica que forme parte de cualquier historial de salud reproductiva. A menos que lo autorice la ley, nunca compartiremos ningún historial médico reproductivo sin su permiso por escrito.

Aviso de prácticas de privacidad

Registro de trastorno por abuso de sustancias: Debemos cumplir las leyes de privacidad cuando utilizemos o divulguemos información médica que forme parte de cualquier historial de tratamiento por abuso de sustancias. A menos que lo autorice la ley, nunca compartiremos ningún historial de tratamiento por abuso de sustancias sin su permiso.

Comunicaciones de comercialización. Debemos obtener su consentimiento escrito antes de usar la PHI para la comercialización o venta de esta según las definiciones y excepciones establecidas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Otros usos y divulgaciones. Otros usos y divulgaciones distintos a los descritos en este Aviso solo podrán realizarse con su autorización por escrito. Puede anular cualquier autorización en cualquier momento si nos provee una notificación escrita de dicha anulación.

Sus derechos individuales

Derecho a Inspeccionar y a una copia. Usted puede solicitar el acceso a sus registros médicos y registros de facturación que hemos mantenido para inspeccionar y solicitar copias de estos. Todas las solicitudes de acceso deben hacerse por escrito. En determinadas circunstancias, podemos denegar el acceso a sus registros. Es posible que le cobremos una tarifa por el costo de hacer una copia y enviar los registros solicitados.

Derecho a la comunicación alternativa. Usted puede realizar cualquier solicitud razonable por escrito para recibir la PHI por medios alternativos de comunicación o en ubicaciones alternativas y nosotros atenderemos su petición.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en la PHI que usamos o divulgamos para el tratamiento, el pago o las operaciones del cuidado de salud. Debe realizar dicha restricción por escrito dirigida al Director de Riesgos (responsable de la privacidad), 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208. No estamos obligados a cumplir con su solicitud, excepto si su solicitud es restringir la divulgación de la PHI a un plan de salud con el fin de realizar un pago u operaciones del cuidado de la salud, la divulgación no es requerida por la ley y la PHI pertenece únicamente a un artículo o servicio de la atención médica que usted u otra persona o entidad han pagado en totalidad en su nombre.

Derecho al registro de divulgaciones. Con una solicitud por escrito, usted puede obtener un registro de las divulgaciones de la PHI hechas por nosotros en los últimos seis años, sujeto a ciertas restricciones y limitaciones.

Derecho a solicitar una modificación. Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI. Debe presentar una solicitud por escrito en la que explique la razón por la que la información debe modificarse. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias.

Derecho a obtener un aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso al enviar un correo de la solicitud al Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208 en cualquier momento.

Derecho a recibir notificación de una infracción.

De acuerdo con los requisitos de la ley federal, estamos obligados a notificarle si descubrimos una vulneración de su PHI no protegida.

Preguntas o quejas:

Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad o si le preocupa que estos hayan sido violados, puede comunicarse con nuestro Director de Riesgos (responsable de la privacidad) al (425) 789-3775. También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

No habrá represalias por presentar una queja ante nuestra práctica o la OCR. La dirección de la oficina regional de OCR para Washington es la siguiente:

Oficina de Derechos Civiles

U.S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-
11 Seattle, WA 98121-1831

Fecha de entrada en vigencia y cambios a este aviso

Fecha de entrada en vigencia. Este aviso entró en vigencia el **21 de mayo de 2024**.

Cambios a este aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si cambiamos este aviso, podemos hacer que los nuevos términos del aviso entren en vigencia para toda la PHI que mantenemos, incluida cualquier información que se haya creado o recibido antes de emitir el nuevo aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos el aviso revisado en el área de espera de nuestra oficina y en nuestro sitio web en www.chcsno.org. Para obtener avisos revisados, comuníquese con Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal.

El Community Health Center of Snohomish County (CHC) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no excluye, trata de manera diferente a las personas ni discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Podemos ofrecerle:

- Recursos y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma nativo no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si cree que no hemos cumplido con estos servicios o lo hemos discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para completar el reclamo, el Director de Riesgos del Community Health Center of Snohomish County está disponible para hacerlo.

Community Health Center of Snohomish County
8609 Evergreen Way
Everett, WA 98208
425-789-3789, TTY 711, Fax: 425-789-3780

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por correo postal, teléfono o en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Aviso de la Subsección 224 (o) de la Ley del Servicio de Salud Pública

La responsabilidad legal del profesional de los servicios de salud está limitada en los términos de la Ley del Servicio de Salud Pública (sección 224(q)(1)(D)).

Este aviso, del Secretario de Servicios Humanos y de Salud, tiene el fin de brindar información respecto a la protección de responsabilidad del Community Health Center of Snohomish County y no constituye un aviso completo respecto a disposición alguna de la Ley, excepto en lo referente al alcance de la implementación de la Ley en la clínica.

Aviso de no discriminación

English	If you speak a language other than English, or if you are hard of hearing, deaf, or deaf/blind, we will provide an interpreter for free. Call 1-425-789-3789 (TTY:711).
Amharic	ከእንግሊዘኛ ውጭ ሌላ ቋንቋ የሚናገሩ ከሆነ ወይም ለመስማት የሚከብዱት፣ መስማት የተሳናቸው ወይም መስማት የተሳናቸው ከሆኑ የትርጉም አገልግሎት በነጻ እንሰጣለን። ወደ 1-425-789-3789 (TTY:711) ይደውሉ።
Arabic	إذا كنت تتحدث لغة بخلاف اللغة الإنجليزية، أو إذا كنت تعاني من صعوبة في السمع، أو كنت أصم، أو أصم/كفيفًا، فإننا سنقوم بتوفير مترجم فوري بشكل مجاني. اتصل بالرقم 1-425-789-3789 (الهاتف النصي: 711).
Cambodian	ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវជ្រក់ឆ្ងុន ឆ្ងង់ ឬឆ្ងង់/ពិការភ្នែក យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-425-789-3789 (TTY:711)។
Chinese	如果您講英語以外的語言，或者您是聽力障礙人士、失聰人士或失聰/失明人士，我們將免費提供口譯員。請致電 1-425-789-3789 (TTY: 711)。
German	Falls Sie die englische Sprache nicht sprechen oder nicht ausreichend verstehen sollten, oder falls Sie schwerhörig, taub oder taub-blind sein sollten, stellen wir Ihnen kostenlos einen Dolmetscher oder eine Dolmetscherin zur Verfügung. Bitte rufen Sie an: 1-425-789-3789 (TTY:711).
Japanese	英語以外の言語を話される方、または耳の遠い方、耳が聞こえない方、耳と目の両方に障がいのある方は、無料で通訳を手配いたします。1-425-789-3789 (TTY:711) までお電話ください。
Korean	영어 이외의 언어를 사용하거나 청각 장애나 시각 장애가 있으신 분들을 위해 통역사를 무료로 제공해드립니다. 1-425-789-3789(TTY:711) 로 전화하세요.
Laotian	ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອື່ນບອກຈາກພາສາອັງກິດ ຫຼື ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຍິນດີ, ຫຼື ຫຼຸບວກ ຫຼື ຫຼຸບວກ/ຕາບອດ, ພວກເຮົາຈະຈັດຫາພາສາອື່ນໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາ 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Marshallese	Elaññe kwōjelā juon kajin im eoktak jen Kajin Pālle, ñe e jab elaññe ejabwe am jelā roñ, kwōjaroñroñ, ak kwōjaroñroñ/pilo, kōmnaaj bōktok juon ri-ukok im ejjelok wonen. Kūrlok 1-425-789-3789 (TTY:711).
Portuguese	Para outros idiomas que não o inglês, ou em caso de deficiência auditiva, deficiência visual ou ambas, é fornecido gratuitamente o serviço de interpretação. Ligue para 1-425-789-3789 (TTY:711).
Punjabi	ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਹੈ, ਬੋਲੇ ਜਾਂ ਬੋਲੇ/ਅੰਨ੍ਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਾਂਗੇ। 1-425-789-3789 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Russian	Если вы не говорите по-английски или являетесь слабослышащим, глухим или слепоглухим, мы бесплатно предоставим вам услуги переводчика. Позвоните по телефону 1-425-789-3789 (телетайп: 711).
Spanish	Si habla un idioma distinto al inglés, o si tiene problemas de audición, es sordo o sordo/ciego, le proporcionaremos un intérprete de forma gratuita. Llame al 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Somali	Haddii aad ku hadasho luuqad aan ahayn Ingiriisi, ama haddii maqalku kugu adag yahay ama aad tahay dhagool, ama dhagool/indhoole, waxaan kusiin doonaa turjumaan bilaash ah. wac 1-425-789-3789 (TTY:711).
Tagalog	Kung ikaw ay nagsasalita sa isang wika maliban sa Ingles, o kung mahina ang iyong pandinig, bingi, o bingi/bulag, magbibigay kami ng interpreter nang libre. Tumawag sa 1-425-789-3789 (TTY:711).
Ukrainian	Якщо ви не розмовляєте англійською мовою, або якщо ви погано чуєте, є глухою чи сліпоглухою особою, ми надамо вам перекладача безкоштовно. Телефонуйте за номером 1-425-789-3789 (TTY: 711).
Vietnamese	Nếu bạn không nói được tiếng Anh hoặc nếu bị lãng tai, điếc hoặc điếc/mù, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí. Hãy gọi 1-425-789-3789 (TTY:711).

Aviso de inasistencia del paciente: Médico

Asistir a sus citas programadas es una parte importante del cuidado de su salud. Al hacerlo, puede hablar con su proveedor médico sobre su atención médica y lo que puede hacer para cuidar su salud. Cuando no asiste a una cita, no solamente pierde la oportunidad de mejorar su salud, sino que impide que la utilice otro paciente que puede necesitarla.

Aviso de inasistencia del paciente: Atención odontológica

Asistir a sus citas programadas es una parte importante del cuidado odontológico. Al hacerlo, puede hablar con su odontólogo o higienista sobre su salud bucal y lo que puede hacer para mantenerse saludable. Cuando no asiste a una cita, pierde la oportunidad de mejorar su salud. Además, impide que otro paciente que necesita una cita pueda aprovecharla.

- Los pacientes de Community Health Center of Snohomish County que falten a su cita recibirán una carta, un llamado o un mensaje de texto en donde se les avise de la cita perdida.
- Los pacientes entrarán en un período de prueba si faltan o no llaman para cancelar la cita tres (3) veces o más dentro de un lapso de seis (6) meses. Durante el tiempo de prueba, los pacientes no podrán programar citas con antelación durante seis (6) meses a menos que tenga la aprobación de un gerente de práctica dental. Sin embargo, podrán venir al consultorio y solicitar una cita para ese mismo día si tienen inflamación o dolor.
- Es posible que finalice la relación con un paciente si ha estado en período de prueba tres (3) veces o más.

Esperamos que este aviso le ayude a comprender la importancia de cumplir con las citas o dar el aviso correspondiente cuando debe cancelarlas. Su salud bucal es importante para nosotros. Esperamos tener la oportunidad de servirle en nuestra próxima cita.

Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

Entrega de información médica:

Autorizo a mi equipo de atención a dejar información de salud, como resultados de análisis, información sobre medicamentos o respuestas a mis preguntas en mi sistema de recepción de llamadas.

Consentimiento de comunicación:

Consiento recibir todas las formas de comunicación de parte de mi equipo de atención. CHC puede llamarme, enviarme mensajes de texto o correspondencia con información importante, como recordatorios de citas, resultados de análisis, opciones de tratamiento, así como servicios o eventos de educación en salud. Entiendo que puedo elegir optar por excluirme en cualquier momento.

Consentimiento para recibir atención:

Doy mi consentimiento al plan de atención propuesto por mi equipo de atención. Entiendo que yo, o mi representante autorizado, tengo el derecho de decidir si acepto o rechazo este plan. Haré las preguntas que sean necesarias y daré a conocer mis deseos.

Notificación de entrega de pago:

Entiendo que CHC brindará cualquier diagnóstico e información requerida para garantizar el pago de compañías de seguro, así como cualquier pagador externo responsable. Entiendo que, a menos que yo lo limite expresamente por escrito, esto puede incluir todos los aspectos del tratamiento, incluidas pruebas o tratamientos de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias o condiciones de salud mental.

Acuerdo financiero:

Reconozco que los copagos se deben realizar al momento de recibir el servicio. Cedo el pago de mi seguro directamente a CHC.

Entiendo que soy financieramente responsable ante CHC de los cargos no pagados por el seguro y que esos cargos serán adeudados dentro de los 30 días de la factura. Entiendo que, además de la factura de mi proveedor, también puedo recibir facturas aparte de laboratorio, radiología y otros servicios especializados.

Recibo de aviso de prácticas de información de salud:

Me han ofrecido una copia de las Prácticas de Privacidad de CHC informándome sobre mis derechos en relación con la protección de mi información de salud. También me han ofrecido una copia de la Política de Cancelación sin Aviso, informándome sobre la importancia de acudir a mis citas y las consecuencias de no cancelarlas con aviso previo cuando no pueda acudir.

Derechos y responsabilidades de los pacientes:

Me han ofrecido una copia de los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes, la cual me brinda información sobre ser paciente de CHC.

Atención mediante telesalud

Entiendo que las consultas de telesalud son facturables y que CHC cumplirá todas las leyes de privacidad de los pacientes. Si se requiere una consulta en persona, me lo notificarán. Entiendo que si se pierde la conexión electrónica, lo cual puede ocasionar problemas con la privacidad, mi equipo de atención me llamará al número que les he brindado.

Al firmar más abajo, usted acepta toda la información indicada más arriba.



Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____
(si el paciente es menor de edad)