

# AUTORIZACION DE PACIENTE

Label

- Reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de Privacidad del departamento de Salud Pública del condado de Jackson describiendo como se puede usar o revelar mi información protegida por el estado y la ley federal. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que este consentimiento es válido por un año a menos que lo revoque por escrito.
- Reconozco que la telemedicina se puede ofrecer como un método alternativo de atención médica. La telemedicina implica el uso de la comunicación electrónica entre el JCDPH y yo. Esta comunicación puede ser utilizada para diagnóstico, seguimiento y / o educación. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina.
- Entiendo que el pago por los servicios se espera al momento de los servicios. Como cortesía, el JCDPH puede mandarle la factura a mi seguro por algunos servicios.
- Entiendo que los honorarios por los servicios pueden ser reducidos o renunciados al momento de verificar la elegibilidad de ingresos. Sobre las sanciones prescritas por ley, yo afirmo que, a mi mejor entender y consentimiento, mi declaración de ingresos es cierto y correcto.
- Entiendo que la información en la declaración de ingresos puede ser verificada por el revisor del estado, y yo acepto proporcionar los records financieros requeridos para llevar acabo la revisión.
- Entiendo que mi firma servirá como “firma legal registrada” a fines de presentar mis reclamos de seguro y el pago de beneficios médicos a JCDPH por los servicios rendidos.
- Voluntariamente doy mi consentimiento para que el JCDPH use y/o divulgue información de salud médica protegida por propósitos de tratamiento, pago, y operaciones de salud.
- Entiendo que la información de salud/medica usada y divulgada por tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud pueden incluir información de naturaleza privada y sensible (como enfermedades de transmisión sexual).
- Entiendo, que como parte de la visita, pueden ser necesarios algunos servicios de laboratorio que el JCDPH no pueda completar en la clínica. Si el laboratorio me realiza un servicio a mí, entiendo que podría recibir una factura de la agencia de exámenes y yo seré responsable por el algún costo de los servicios del laboratorio.
- Por este medio doy mi consentimiento voluntario a JCDPH para exámenes médicos, tratamiento y procedimientos los cuales sean necesarios en la opinión de mi médico y proveedores de cuidado de salud, incluyendo exámenes de VIH, exámenes de laboratorio y radiografías. Entiendo que mi información médica es estrictamente confidencial y es protegida por el Estatuto de North Carolina 103A-143. No me han garantizado garantías con respecto a los resultados de las exámenes, tratamientos, o procedimientos. Mi firma reconoce que me han dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este formulario de consentimiento y la oportunidad de reusar servicios para mí o como el representante personal verificado del individuo nombrado anteriormente.
- Entiendo que con los resultados de mi Wellness Screen Screening los resultados de laboratorio serán enviados por correo solamente bajo petición. Entiendo que será mi responsabilidad darle seguimiento con mi proveedor medico respecto a estos resultados. JCDPH no envía una copia a su proveedor, solamente bajo petición.
- Mi firma reconoce que me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario de consentimiento, y que me han dado la oportunidad de rechazar algún o todos los servicios.
- **Doy permiso a JCDPH para que manden la factura a mi compañía de seguros si mi diagnostico y/o tratamiento incluye servicios de infecciones transmitidas sexualmente.**
  - Sí, Yo doy permiso**
  - No, Yo no doy permiso**

## \*\*\*\*\*Información Requerida\*\*\*\*\*

### Correspondencia

**SI** - Deseo recibir correspondencia en la dirección de mi casa.

    Mi dirección es \_\_\_\_\_

**NO** - Yo no deseo recibir correspondencia en la dirección de mi casa.

## AUTORIZACION DE PACIENTE

### Llamadas/Mensaje de Texto

- SI** - Deseo recibir una llamada/mensaje de voz.  
 **SI** - Deseo recibir un recordatorio de mi cita por mensaje de texto.  
Mi número de celular es \_\_\_\_\_

**NO** - No deseo recibir un mensaje/llamada respecto a mi cita o resultados.

#### Tenga en cuenta:

- Su servicio celular puede cobrarle un costo por transmitir y mandar mensajes de texto.
- Puede dejar de recibir recordatorios de sus citas por mensaje de texto en cualquier momento bajo notificación al personal.
- Favor de notificar al personal de cualquier cambio a su número celular.

### Portal del Paciente (Edad 18 en Adelante)

- SI** - Deseo participar en el portal de pacientes. Mi correo electrónico es \_\_\_\_\_  
 **NO** - No deseo participar en el portal para pacientes

#### Uso de Comunicaciones En Línea

Comunicaciones en línea, incluyendo el portal de pacientes, nunca deberán ser usados para propósitos de emergencia o peticiones urgentes. Si usted tiene una emergencia médica o petición urgente usted debería contactar a su médico inmediatamente o buscar el cuidado médico de emergencia apropiado.

### Pacientes de Salud Maternal Solamente Foto (Edad 18 en adelante)

- SI** - Yo deseó que me tomen una foto  
 **NO** - No deseó que me tomen una foto

Concedo/ niego mi permiso para que me tomen una foto. Entiendo que el uso de esta fotografía será para reconocimiento durante mi cita. En cualquier momento en el futuro, puedo solicitar que remuevan mi foto de mi record. Las imágenes serán almacenadas en el Electronic Health Record y solamente el personal autorizado tendrá acceso a ellas. Serán mantenidas siempre que sean relevantes y después de ese tiempo serán destruidas o archivadas.

### Telemedicina

- SI** - Si deseo participar en Telemedicina.  
 **NO** - No deseo participar en Telemedicina

Entiendo que la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la Telemedicina en mi atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Entrevistador/testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha