



Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Acuerdo del paciente

Política de no asistencia a sus citas

Hemos notado que hemos tenido varias No-Asistencias y cancelaciones de último minuto, o cancelaciones tardías. Le solicitamos que muestre consideración y notifique en nuestras oficinas por lo menos con 24 horas de anticipación, si usted no puede mantener su cita agendada. Nos gustaría tener la oportunidad de ofrecer esa cita a otro paciente que está enfermo o lastimado y en necesidad de ver a un médico. Múltiples citas perdidas, o cancelaciones. Pueden resultar en la inhabilidad de agendar citas en el futuro. Por favor sea cortés y llámenos si usted no puede asistir a su cita agendada.

Autorización Para Tratamiento

Yo doy autorización a el tratamiento médico, de la salud del comportamiento, con la nutricionista o medico dental y a los procedimientos que deben realizarse durante su visita en nuestras oficinas, Incluyendo tratamiento de emergencia que sea considerado por nuestro proveedor médico, de salud del comportamiento, nutricionista o medico dental. Exámenes de Hepatitis C o de VIH pueden estar incluidas dentro de nuestro tratamiento de rutina, a menos que, el paciente, decida o se niegue a los exámenes. Lo cual debe de ser notificado a el proveedor médico. Yo entiendo que, si un procedimiento invasivo médico o dental es necesario, una forma de autorización especifica será discutida conmigo en ese momento.

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados tienen un costo para el paciente y deben de ser cancelados al tiempo de la prestación del servicio, a menos que algún otro tipo de arreglo se haya realizado con anterioridad con nuestras oficinas. Los formularios necesarios serán diligenciados para completar los pagos realizados por el seguro médico.

Beneficios Otorgados

Yo por medio de la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir mejores beneficios médicos a los que yo tengo derecho, Yo por medio de la presente autorizo y doy orden a mi compañía de seguro (s), incluyendo Medicare, Seguro privado y/u otro plan médico o de salud, para que den pago en cheque(s) directamente a BLUE RIDGE HEALTH, por servicios médicos prestados directamente a mi o a uno de mis dependientes, independientemente de los beneficios de seguro médico, si alguno. Yo entiendo que yo soy responsable de cualquier valor que no esté cubierto por mi seguro médico.



Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Autorización para divulgar información

Por medio de la presente autorizo a BLUE RIDGE HEALTH a: (1) A divulgar la información pertinente y necesaria a mi seguro médico, con respecto a mis tratamientos médicos y de mi salud; (2) A procesar reclamos con mi seguro médico, generados durante el curso de examinación o tratamiento; y (3) permitir una fotocopia de mi firma.

Descarga de Historia de Medicamentos

Yo entiendo y doy autorización de obtener mi historia de medicamentos. Yo entiendo que esto se convertirá en parte de mi historia médica. Una historia de medicamentos es una lista de medicamentos que proveedores y otros proveedores del sistema de salud han recientemente prescrito al paciente. Se recolecta de varias fuentes, incluyendo, la farmacia del paciente, los planes de salud, y otros proveedores de salud.

Reconocimiento de que recibí las constancias de Políticas de Privacidad

Nosotros estamos comprometidos a proteger su privacidad y a asegurar que la información acerca de su salud, sea divulgada apropiadamente. Esta constancia de Políticas de Privacidad identifica todos los usos y divulgaciones de su información de la salud, por parte de nuestra practica y describe sus derechos con respecto a la información acerca de su salud. Por favor reconozca que ha recibido nuestra Constancia de Políticas de Privacidad.

Yo reconozco que he recibido una copia de las constancias de Políticas de Privacidad.

Permiso para Llamar

Proveer cualquier número de teléfono constituye autorización por escrito, de parte de las entidades de practica para enviar mensajes automáticos, pre-grabados, y grabaciones telefónicas con voz artificial a su número de teléfono. Para alterar o revocar este permiso, visite el portal del paciente en la página de "preferencias de contacto".

Comunicaciones confidenciales del paciente

El acta de portabilidad y responsabilidad en los seguros de la salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) le da el derecho de solicitar que nosotros, comuniquemos la información financiera y/o médica en confidencialidad. En orden de proteger la privacidad y confidencialidad de su información, por favor complete lo siguiente. Nos dice como usted desea que nosotros protejamos y utilicemos su información de la salud (PHI, por sus siglas en inglés).

BRCHS puede compartir información protegida de su salud (PHI) con individuos identificados por usted.



Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Solicitud de comunicación confidencial

- Usted puede solicitar que lo contactemos de alguna forma específica (por ejemplo, su teléfono de casa o trabajo) o que le enviemos una carta a una dirección diferente.
- Vamos a decirle que "Sí" a todas sus solicitudes razonables.

AUTORIZACION DEL PACIENTE A UTILIZAR EL CORREO ELECTRONICO Y LAS COMUNICACIONES VIA TEXTO CON INFORMACION CLINICA.

Por medio de la presente autorizo a Blue Ridge Community Health Services (Incluyendo a cualquier afiliado, subsidiario, y/o a cualquier entidad en la que Blue Ridge Community Health Services y/o sus afiliados o subsidiarios tengan interés) (colectivamente, "BRCHS") a utilizar comunicaciones vía correo electrónico, para comunicar información clínica pertinente a servicios de la salud que han sido prestados y otorgados a mí. Yo reconozco y entiendo que dicho correo electrónico y mensajes de texto pueden contener información médica personal y privada, incluyendo, pero no limitada a, mi nombre, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento, raza, etnicidad demográfica, tipos y fechas de servicios de la salud recibidos, nombres y direcciones de los proveedores administrando cada uno de los servicios, información de cobertura de su seguro médico, y/o resultados de exámenes médicos (Registros Médicos)

Yo reconozco y entiendo que, a pesar de que BRCHS participa en ciertas prácticas con orden de proteger la privacidad de los contenidos de cualquier correo electrónico o mensaje de texto enviado que yo tomare medidas razonables para proteger mi privacidad, el correo electrónico o mensaje de texto enviado no está encriptado y viaja a través del internet y mi servicio de proveedor celular, como resultado, existe el riesgo de que el mensaje de texto o correo electrónico sea interceptado y leído por terceras personas a las que el mensaje de texto o correo electrónico, no está dirigido. Al autorizar que BRCHS me envíe mensajes de texto o correos electrónicos, yo asumo el riesgo externo.

Yo entiendo que correos electrónicos y mensajes de texto no son una manera apropiada para comunicar información relacionada a tratamiento médico de emergencia o tratamiento médico, y que utilizare el teléfono como mi medio de comunicación con BRCHS o cualquier otro proveedor de la salud al que la situación aplique.

Yo entiendo que, al autorizar a BRCHS para enviarme correos electrónicos, o mensajes de texto, ciertos empleados y/o agentes de BRCHS pueden tener acceso a mi dirección de correo electrónico y a mi número de teléfono celular, así como al contenido de los mensajes de texto o correos electrónicos, Como enfermeras, médicos, y otros proveedores de la salud que tienen acceso permitido a mis registros médicos.

Yo reconozco que, yo, y no BRCHS, soy responsable de la seguridad de las comunicaciones vía correo electrónico y mensaje de texto enviadas y archivadas en mi computadora o mi teléfono celular, o sistema de información, Incluyendo, pero no limitadas a, protegiendo el acceso a mi correo electrónico, mis mensajes de texto archivados en mi computador, celular, o sistema de información, implementando medidas de seguridad cuando recibo mensajes de texto y correos electrónicos de mi computador o teléfono celular, o sistema de información e implementando un sistema de protección de virus en mi computador o sistema de información.

Por medio de la presente autorizo a BRCHS a conservar mi dirección de correo electrónico en sus bases de datos para que en el futuro pueda enviarme información relacionada a los servicios, actividades de recolección de fondos y otros asuntos relacionados a el negocio de BRCHS. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento



Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

proveyendo aviso por escrito, de manera electrónica o por otro medio para el oficial de privacidad de BRCHS-HIPAA, 2579 Chimney Rock Road, Hendersonville, NC 28792. Yo reconozco que BRCHS únicamente utilizará mi dirección de correo electrónico y número de teléfono (mensajes de texto) para propósitos pertinentes a BRHCS, y que no venderá, transferirá o de otra manera dará a conocer mi dirección de correo electrónico, mi número de celular, o ninguna otra información personal, a ninguna tercera persona sin mi previa autorización.

Yo entiendo que mi decisión de permitirle a BRCHS es voluntaria, y mi tratamiento no está condicional de mi elección de hacerlo.

Yo entiendo y acepto que BRCHS no es responsable por ningún daño que resulte del uso de mi correo electrónico o mis mensajes de texto, de conformidad con los términos de uso de esta autorización o la falla de cualquier manera de los sistemas de información de BRCHS, utilizados para facilitar la entrega de dichos correos electrónicos y mensajes de texto.

YO HE LEIDO Y ENTIENDO EL SIGNIFICADO DE ESTA AUTORIZACION

Una fotocopia, o una reproducción del documento transmitida de esta autorización es válida como la original.

Yo autorizo a los exámenes, tratamientos y procedimientos médicos, de la salud del comportamiento, con el nutricionista o medico dental que se desarrollaran durante mi visita a la oficina, incluyendo tratamientos de emergencia considerados necesarios por el personal médico, de la salud del comportamiento, nutricionistas, o proveedores médicos y dentales. Exámenes de Hepatitis C y/o VIH están incluidos dentro de los exámenes de rutina, a menos que yo, el paciente, decida rechazar dichos exámenes, lo cual deberá de ser notificado al proveedor médico. Yo entiendo que si un procedimiento medico invasivo es necesario, una forma específica de autorización será discutida conmigo en su momento. Yo le doy autorización a BRCHS para revelar cualquier información médica, dental, de la salud del comportamiento o nutricional a Medicare, Medicaid, o la compañía de seguros médicos que sea necesaria para recibir pagos por los servicios, médicos, dentales, de la salud del comportamiento o de nutrición, que se han prestado a mi o la otra persona listada en estas formas de Registro. Yo entiendo que yo soy responsable y es requerido que yo cancele a BRCHS los co-pagos, deducibles, y los cobros que no estén cubiertos por Medicare, Medicaid, seguro médico, y/o el balance restante a pagar a BRCHS. En caso de que yo no revele que tengo cobertura de seguro médico y BRHCS descubra que yo tengo cobertura, Yo doy autorización para que realicen cobros a mi seguro médico por los servicios prestados. Yo doy autorización para que se comuniquen conmigo por mi método preferido de contacto, que puede incluir, pero so está limitado a, mensaje de texto o correo electrónico. Si yo no deseo ser contactado por alguno de estos dos medios, yo voy a notificar al personal de que deseo optar por estar fuera de estos servicios. Los pagos, los deducibles y los copagos, son esperados cada vez (y por cada servicio aplicable).

Forma de autorización de Tele-Visita.

La telemedicina implica el uso de diferentes métodos de comunicación interactivos, que le permiten al proveedor medico de una ubicación diferente, proveer los servicios profesionales de la salud, que pueden incluir, pero no están limitados a, evaluaciones, consultas, diagnóstico, tratamiento y citas de seguimiento para los pacientes.

Yo entiendo lo siguiente:

Yo no estaré en la misma habitación física con mi proveedor de la salud, pero el nivel de cuidado de una visita en persona o de una visita de telemedicina será el mismo.



Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

En orden de proveer un diagnóstico y tratamiento apropiado, video, audio y /o grabaciones fotográficas, así como un examen físico, pueden ser adquiridas durante la visita de telemedicina. Los detalles de mi historia médica, los exámenes, los rayos X, y los exámenes pueden ser discutidos con otros proveedores de la salud.

Algunas partes de los exámenes que requieren exámenes físicos, pueden ser realizados por individuos en mi ubicación, o a en una facilidad de pruebas con solicitud de un proveedor de la salud. También tengo el derecho a solicitar el nombre y las credenciales del proveedor de la salud, incluyendo, pero no limitado a, la licencia del proveedor, su título, especialidad, y certificación de consejo médico.

Existen beneficios potenciales a la telemedicina. Estos incluyen mayor acceso al tratamiento médico, permitiéndole a los pacientes recibir servicios en su hogar, o en otra ubicación diferente y/ o más lejana a la de su proveedor de la salud, una evaluación y manejo medico más eficiente, y el acceso a un experto o especialista.

Existen riesgos potenciales con la telemedicina, Estos Incluyen:

En raros casos, la falta de accesos a un registro medico completo de sus medicamentos, puede resultar en la interacción inusual y adversa de ciertos medicamentos, o a una reacción alérgica, u otros errores de juicio médico.

En raros casos, la información transmitida no es suficiente (por ejemplo, baja resolución de imágenes de video) para permitir toma apropiada de decisiones por parte del proveedor medico remoto.

Las interrupciones del servicio, la interceptación, y las dificultades técnicas con la tecnología usada para proveer los servicios de telemedicina. Si se determina que el quipo utilizado o la conexión utilizada para la videoconferencia no son adecuadas, mi proveedor de la salud y/o yo discontinuará el uso de visita de telemedicina y hará otros arreglos para continuar la visita.

En raros casos, los protocolos de seguridad de la información, podrían fallar y causar una filtración de la información personal de su salud.

Yo tengo el derecho de reusarme a participar o decidir que no quiero participar más en una visita de telemedicina y solicitar una visita en persona. Mi rechazo será documentado en mi historial clínico. Yo también entiendo que mi rechazo no afectara mi derecho a tratamiento de cuidado en el futuro. Y puedo revocar mi rechazo en cualquier momento.

Las leyes que protegen la privacidad, la seguridad y la confidencialidad de la información de la salud. Aplican a los servicios de telemedicina. Los servicios electrónicos utilizados durante las visitas de telemedicina incorporan redes, programas informáticos y protocolos de seguridad para proteger la confidencialidad, la imagen y la identidad del paciente, e incluirán medidas de seguridad de datos para asegurar la integridad de los datos en contra de corrupción intencional o sin intención. Mi información de la salud puede ser compartida con otros individuos con el propósito de agendamiento o cobro.

Mi seguro médico tendrá acceso a mis registros médicos para revisiones de calidad o auditoria. Yo seré responsable de cualquier costo, como co-pagos o co-seguros que apliquen a las visitas de telemedicina. Los planes y políticas de la salud para visitas de telemedicina pueden ser diferentes a las políticas de visita en persona.

Este documento de convertirá en parte de mi historia médica y yo tendré acceso a mi historial médico con relación a las visitas de telemedicina.



Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Cualquier disputa que surja de las visitas de telemedicina, será resuelta en Carolina del Norte, y las leyes de disputa de Carolina del Norte deberán aplicar a todas las diferencias.

Yo doy fe que:

He personalmente leído este formulario (o alguien me lo explico) y que entiendo a cabalidad y estoy de acuerdo con sus contenidos. Que mis preguntas fueron contestadas satisfactoriamente, y que los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina fueron explicadas y expresadas en un lenguaje que yo comprendo, y doy mi permiso para participar en visitas de telemedicina.

Yo acepto, entiendo y he leído las políticas listadas arriba. Yo acepto los derechos y responsabilidades que en ella están descritas.

Nombre del Paciente (En letra de molde): _____ **Fecha:** _____

Firma del Paciente *(solamente si tiene 18 años o más):* _____

Firma del Tutor legal: _____



Autorización para Intercambiar/Relevar Información de Salud Protegida

Yo autorizo a:

	Blue Ridge Health Services
--	----------------------------

Para revelar/ compartir información de salud protegida con:

Nombre de persona/ instalación:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número telefónico:	Fax:	Correo- electrónico:	

La información de salud protegida de:

Nombre:	Fecha de nacimiento:	SS# (últimos 4 números):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número telefónico:	Número de registro #		

Fechas de servicio: _____ o Todas las fechas de servicios

Información autorizada para revelar, por si está incluido en mis récords:

<input type="checkbox"/> Récord de salud completo <input type="checkbox"/> Reportes de consultas <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Registro de facturación <input type="checkbox"/> Lista de problemas médicos/ diagnosis <input type="checkbox"/> Resultados de imágenes de radiología <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Notas de tratamiento de salud conductual <input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio, favor de especificar: _____	<input type="checkbox"/> Resumen de alta/ consulta <input type="checkbox"/> Notas clínicas del consultorio <input type="checkbox"/> Registro de inmunización <input type="checkbox"/> Historial y físico <input type="checkbox"/> Historial de medicamentos <input type="checkbox"/> Evaluación clínica <input type="checkbox"/> Exámenes psicológicos <input type="checkbox"/> Otro, favor de especificar: _____
---	--

Favor de MARCAR el motivo de este pedido:

<input type="checkbox"/> Continuación de cuidado del paciente <input type="checkbox"/> Abogado/ Legal <input type="checkbox"/> Otro, favor de especificar: _____	<input type="checkbox"/> Seguro medico <input type="checkbox"/> Beneficio <input type="checkbox"/> Elegibilidad para uso personal <input type="checkbox"/> Escuela
--	---

Favor de MARCAR el método en la que gustaría recibir este pedido: (opcional)

<input type="checkbox"/> Enviar por correo a la dirección anotada arriba <input type="checkbox"/> Enviar por fax al número anotado arriba (solo a proveedores de salud; no números personales de fax)	<input type="checkbox"/> Divulgar verbalmente <input type="checkbox"/> Revisión en oficina administrativa <input type="checkbox"/> Recibir electrónicamente <input type="checkbox"/> Recoger en la clínica (locación): _____
---	---



Yo comprendo:

- Yo puedo rechazar firmar esta autorización.
- Yo puedo pedir una copia de este acuerdo firmado en cualquier momento.
- Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para beneficios no puede ser condicionada en mi autorización de divulgación.
- Que la información revelada podría incluir información sensible relacionada a la salud conductual y/ o mental, drogas, alcohol, (incluyendo registro de un programa que provee diagnóstico de uso del alcohol o drogas, tratamiento, o remisión como es definido por la ley federal en 42 C.F.R. Pare 2), VIH/ SIDA y otras enfermedades comunicables, y exámenes genéticos excepto que sea limitado por su selección anotada arriba. Esta autorización no incluye permiso para revelar notas de psicoterapia (definidos por registros de sesiones de consejería en privado, conjuntos, grupo o en familia que estén separados del resto del expediente médico del paciente.
- Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento:
 - Yo debo revocar esta Autorización por escrito. El proceso para revocar esta Autorización es presentar mi revocación por escrito a uno de los locales de BRH/ Meridian.
 - La revocación no aplica a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Mi información no podrá ser protegida de re-divulgación por el solicitante de la información; sin embargo, si esta información es protegida por las Regulaciones de Confidencialidad Federal de Abuso de Substancias (42 C.F.R., parte 2), and Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, 45 CRF, parte 160 y 164, el recipiente no podrá re-divulgar tal información sin mi autorización por escrito a menos que sea proporcionado por ley estatal o federal.
- Para los jóvenes involucrados en la corte, información sobre el rango demográfico, servicios clínicos, y servicios rendidos será compartido con socios comunitarios identificados en el contrato de tratamiento a través de varios formatos incluyendo juntas del personal y la transferencia de data electrónica.
- Una tarifa podría ser cobrada por proveer información médica protegida. Favor de comunicarse con BRH/Meridian departamento de expedientes médicos al 828.476.8783

A menos que se revoque, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o bajo la siguiente condición:

_____. Si yo fallo en especificar una fecha de expiración o evento o condición, esta autorización se expira automáticamente en 365 días a partir de la fecha de firma.

He leído y comprendo la información en esta forma de Autorización.

Firma del paciente/Cliente	Fecha de firma	Fecha de terminación
Firma del representante legal	Relación al paciente/Cliente	Fecha de firma

Nombre en letra molde del representante legal