

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Consentimiento para el tratamiento y el acuse de recibo de información

¡Bienvenido a CrescentCare! Somos un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas) que ofrece una variedad de servicios, incluyendo Atención Médica Primaria, Atención de salud mental, cuidado dental, atención médica y embarazo de la mujer, atención especializada para el VIH y otras enfermedades infecciosas, atención infantil y adolescente, asesoramiento de salud conductual, gestión de casos, asesoramiento y pruebas del VIH, tratamiento del trastorno por uso de sustancias, asesoramiento de vivienda, asistencia de medicamentos, educación para la salud y otros servicios de clientes, incluidos los servicios legales, que están disponibles para las personas elegibles que participan en el Hogar Médico de Atención Primaria de CrescentCare (PCMH). Algunos programas tienen requisitos de elegibilidad adicionales debido a la financiación. Esperamos poder poner sus necesidades en el centro de nuestra planificación y abrir las puertas de nuestro Hogar Médico a usted y a su familia.

____ **Consentimiento para participar:** Entiendo que la prestación de atención médica no es una ciencia exacta, y reconozco que no se han hecho garantías con respecto a los resultados de mi atención en CrescentCare.. A discreción de mi proveedor, la telemedicina (solo audio/vídeo y/o audio) puede ser de gestión y tendré la oportunidad de negarme a recibir atención usando esa opción. Si me recetan un medicamento controlado, acepto cumplir con los requisitos del Acuerdo de Medicamentos Controlados de CrescentCare más reciente y me han ofrecido una copia de ese documento. Puedo pedir otra copia en cualquier momento o encontrarla en el sitio web de CrescentCare.

____ **Consentimiento para acceder y divulgar información médica de divulgación:** También autorizo a CrescentCare y a sus empleados a actuar como mi representante autorizado (*del paciente*) cuando me proporciona asistencia para la solicitud de beneficios. Por la presente autorizo, sin más consentimiento, a CrescentCare y a mi profesional a divulgar la información mínimamente necesaria si lo solicita mi compañía de seguro médico, Medicare, Medicaid y cualquier otro tercer pagador o sus designados para el reembolso del servicio. Autorizo, sin más consentimiento, a CrescentCare y a mi profesional a divulgar y/o recibir la información mínimamente necesaria solicitada por cualquier departamento o persona dentro de la Agencia para negocios o con el propósito de prestarme servicios o coordinar mi continuidad de la atención. Doy mi consentimiento para que mi médico obtenga mi historial de medicamentos electrónicamente.

____ **Acuerdos financieros:** La política de CrescentCare es proporcionar servicios esenciales independientemente de mi capacidad de pago. CrescentCare utiliza horarios de tarifas deslizantes para los servicios que proporciona que son consistentes con las tarifas o cargos que prevalecen localmente y que están diseñados para cubrir los costos razonables de la operación de la organización. Cuando me remiten a un proveedor externo, debo hacer arreglos de pago con ellos por separado. Si tengo alguna pregunta sobre las escalas de tarifas deslizantes o la facturación, puedo comunicarme con CrescentCare enviando un correo electrónico billing@crescentcare.org y/o llamando al Departamento de Facturación al 504-323-2638.

____ **Consentimiento para la facturación y las obligaciones financieras:** Si el seguro médico privado, Medicare, Medicaid, otros programas gubernamentales u otros programas de seguro gubernamentales u otros cubren mi tratamiento, autorizo a CrescentCare a facturar a dicha aseguradora todos los cargos incurridos por mí en relación con mi diagnóstico, atención y tratamiento. Microcobertura insurance puede proporcionar que cierta cantidad de la factura seguirá siendo mi responsabilidad personal, como mi deducible, copago, coseguro o cargos no cubiertos por mi seguro de salud, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa para el que soy elegible. Entiendo que se facturará por cualquier cargo no pagado por mi aseguradora, y seré responsable de pagarlos. Entiendo que si tengo cobertura de Medicare, es probable que Medicare pague por los servicios que recibo. CrescentCare proporcionará una estimación de cualquier artículo que no se espera que Medicare pague, así como el motivo de su denegación. Cualquier cargo no cubierto por el seguro, incluyendo Medicare, será mi responsabilidad.

____ **Asignación de Beneficios de Seguro:** Por la presente autorizo e instruyo a mi compañía de seguros para pagar todos y cada uno de los beneficios médicos y/o otros directamente a CrescentCare. Además, ceso y desciero a CrescentCare todos mis derechos, intereses y beneficios que puedan en virtud de cualquier plan o póliza bajo el cual tenga derecho a cobertura en relación con los servicios prestados.

____ **Comunicación:** Acepto recibir comunicaciones de CrescentCare incluyendo correo, correo electrónico, llamadas telefónicas o mensajes de texto relacionados con la facturación, atención y tratamiento, recordatorios de citas y encuestas de calidad de atención. Es mi responsabilidad decirle a la Agencia sobre cualquier método que no quiera recibir. Un personal de acceso al paciente o centro de llamadas puede ayudarme con los cambios.

____ **Enfoque de equipo:** Los proveedores y el personal de CrescentCare trabajan en colaboración entre sí, cuando sea apropiado, para garantizar que su atención esté coordinada. El objetivo de CrescentCare es proporcionarle una red de apoyo personalizada donde usted y todos sus proveedores colaboren en el proceso de tratamiento para lograr los resultados deseados. Autorizo a los proveedores y al personal de CrescentCare involucrados en mi atención a acceder a mi historial médico y discutir mis condiciones médicas, incluyendo cualquier tratamiento de abuso de sustancias que pueda recibir en CrescentCare entre sí y otros, según corresponda, en la pro de proporcionarme atención médica de calidad o coordinar mi atención y servicios fuera de CrescentCare.

Recibo de documentos: Usted ha sido ofrecido y/o recibido el Aviso de *Prácticas de Privacidad de CrescentCare (HIPAA)* y *CrescentCare Patient & Client Handbook. (Manual para pacientes y clientes)* Estos documentos contienen información detallada sobre el pago/acuerdos financieros para servicios, uso de seguro médico, confidencialidad, todos los servicios de CrescentCare disponibles, sus derechos y responsabilidades, seguridad en las instalaciones (consumo de drogas, armas, tabaquismo, reclusión/restricción, prevención de crisis, evacuación), nuestra política de quejas, cómo nos comunicamos con usted sobre citas, prácticas de pago y nuestras ubicaciones/horas de operación. También puede acceder a estos documentos en el sitio web de CrescentCare.

Intercambio de Información de Salud (HIE): CrescentCare es miembro participante de varios intercambios de información de salud. Un Intercambio de Información de Salud, o HIE, es una manera de compartir su información de salud entre las oficinas de médicos participantes, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica a través de medios electrónicos seguros. El propósito es que cada uno de sus cuidadores participantes pueda tener el beneficio de la información más reciente disponible de sus otros cuidadores participantes al cuidar de usted. Usted autoriza a CrescentCare a compartir su información médica con y a recibir mi información médica de esos intercambios. Este proveedor participante puede acceder a esta información como parte de una visita normal al consultorio o en caso de una emergencia si usted fuera a ir al hospital, sala de emergencias. Usted tiene derecho a optar por no participar en todos y cada uno de los HIEs. Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se tomaron medidas antes de la revocación. Usted entiende que usted puede ser responsable de los cargos incurridos por servicios/tratamiento si se niega a compartir su expediente médico entre los proveedores participantes o si más tarde revoca esta autorización, cualquiera de los cuales podría resultar en una denegación de pago por parte del seguro o un pagador de reclamos de terceros por falta médica de servicios. Su consentimiento para participar o su negativa a participar en cualquier HIE no es una condición para el tratamiento en CrescentCare. Puede solicitar un formulario de exclusión en cualquier ubicación de CrescentCare en la recepción de Acceso al Paciente. Cualquier pregunta o inquietud puede ser comunicada al Oficial de Privacidad de CrescentCare llamando al 504-821-2601 o enviando un correo electrónico privacyofficer@crescentcare.org.

*Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento y acuerdo que he leído (o me había leído) y entiendo la información que se me dio. Se me dio la oportunidad de discutir este formulario y hacer preguntas, todas las preguntas fueron respondidas a mi satisfacción, y estoy satisfecho (o satisfecha) entiendo el contenido y la significancia de la forma. **Certifico que he leído este formulario y soy un participante o estoy debidamente autorizado por la ley para ejecutar lo anterior y aceptar los términos.***

Nombre del Paciente

Paciente Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o del Persona Autorizada

Fecha de Hoy

Si la Persona Autorizada, por favor imprima su nombre y relación con el paciente:

Nombre del Persona Autorizada

Relación de Paciente

For Internal Use Only: Please use this box to detail any information related to the completion of this document.

Patient Access or CrescentCare Staff Name: _____

Patient Access or CrescentCare Staff Signature & Date: _____