

Documento de Reconocimiento

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **# de Identificación del paciente** _____

Con la firma de cada declaración reconozco que he recibido una versión completa de cada documento. Entiendo que es mi responsabilidad leer cada documento y pedir una aclaración o más información si es necesario.

Iniciales del Paciente

<p>Asignación de Beneficios: Yo autorizo el pago de beneficios de seguro para el Centro del Cuidado Familiar de la Salud de Cornerstone (CFH), por los servicios médicos, dentales y/o radiología proporcionados a mí. Autorizo la divulgación de información médica o de otras índoles necesarias para determinar la cobertura de beneficios y elegibilidad. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por mi seguro. Es mi responsabilidad notificar CFH de cualquier cambio en mi cobertura de seguro de salud.</p>	
<p>Aviso de prácticas de privacidad y HIPAA Agradecimientos: CFH está comprometido a proteger su información de salud personal (PHI) y permanecer en cumplimiento con las leyes federales y estatales, tales como HIPAA. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo cómo puede usarse mi PHI, así como mis derechos y los de CFH respecto a mi PHI.</p>	
<p>Consentimiento para fotografía para Registros Electrónicos de Salud: Doy mi consentimiento a CFH a tomar mi fotografía para ser almacenados en mi historia clínica electrónica. Esta fotografía se utilizará para identificarme y me ayude a proteger contra el robo de identidad.</p>	
<p>Derechos del Paciente y de Derechos y Responsabilidades del Paciente: Yo he recibido el documento conteniendo los Derechos del Paciente y de Derechos y Responsabilidades del Paciente. General _____ Servicios de Salud Mental: _____</p>	
<p>Directivas Avanzadas: He recibido la información sobre Directivas Anticipadas. Entiendo que para que mis Directivas Anticipadas ser honradas, debo completar y presentar un poder de atención médica y / o formará Viviente, el cual se me ha proveído. General _____ Servicios de Salud Mental: _____</p>	
<p>Consentimiento de Divulgación Médica/Información Dental: Doy mi consentimiento a las siguientes personas a acceder y obtener copias de mi información médica / dental. Esto incluye la historia de mi salud, información de exámenes, pruebas y resultados de laboratorio. Se proveerá información basada en mi consentimiento a continuación. Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____ Nota: Mientras que usted autoriza a la persona a tener acceso a su información médica, no son autorizados a obtener información confidencial como información de VIH, información de salud mental, resultados reportables al estado, o información de alcohol y abuso de sustancias. Si desea autorizar el acceso a información confidencial/sensible, debe firmar un consentimiento separado para cada solicitud.</p>	
<p>Me gustaría recibir mensajes de texto. Estos mensajes pueden incluir recordatorios de cita, recordatorios para obtener servicios preventivos y diagnósticos e información relacionada a educación de salud. Esto no incluye información relacionado con el VIH, abuso de sustancias y Salud Mental. Favor de inicial si desea recibir</p>	
<p>Compartimiento de cuenta del portal para el paciente: Yo autorizo que el siguiente individuo tenga acceso a mi cuenta del portal. Yo entiendo que este individuo va a tener acceso sin restricciones para ver mi información médica incluyendo, diagnósticos, medicamentos, estado de VIH, salud mental e información relacionado con abuso de sustancias. Este individuo también se le permitirá actuar en mi nombre para todas las actividades en el portal. Nombre: _____ Relación: _____ Correo electrónico: _____</p>	

Testigo: Nombre del Empleado: _____ **Firma Del Paciente:** _____ **Fecha:** ____/____/____

Internal information: Form received by externals source (please indicate the location for example a nursing home) _____