

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

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.	
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.	
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.	
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: _____	
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: _____	
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.	
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	
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: _____	

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

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