

**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><b>Asignación de Beneficios:</b> 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><b>Aviso de prácticas de privacidad y HIPAA Agradecimientos:</b> 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><b>Consentimiento para fotografía para Registros Electrónicos de Salud:</b> 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><b>Derechos del Paciente y de Derechos y Responsabilidades del Paciente:</b> Yo he recibido el documento conteniendo los Derechos del Paciente y de Derechos y Responsabilidades del Paciente.  <b>General</b> _____ <b>Servicios de Salud Mental:</b> _____</p>	
<p><b>Directivas Avanzadas:</b> 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. <b>General</b> _____ <b>Servicios de Salud Mental:</b> _____</p>	
<p><b>Consentimiento de Divulgación Médica/Información Dental:</b>  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.  <b>Nombre:</b> _____ <b>Número de Teléfono:</b> _____ <b>Relación al Paciente:</b> _____  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.  <p style="text-align: right;"><b>Favor de inicial si desea recibir</b></p> </p>	
<p><b>Compartimiento de cuenta del portal para el paciente:</b> 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.  <b>Nombre:</b> _____ <b>Relación:</b> _____ <b>Correo electrónico:</b> _____</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) \_\_\_\_\_