



Paquete de bienvenida y Formularios de Consentimiento

Table of Contents

Bienvenida.....	3
Aviso de practicas de privacidad.....	4 - 11
Consentimiento para telemedicina.....	12
Autorizacion para liberar informacion de facturacion.....	13
Asignacion de beneficios.....	14
Acuerdo del paciente Autorizacion de liberacion.....	15 – 16
Acuerdo de sustancias controladas	17 –19
Acuerdo de hogar medico.....	20
Autorizacion de privacidad HIPAA.....	21

Para su comodidad, todos los documentos se firmaran electronicamente en su visita y se agregara una copia a su registro medico.



Bienvenido a Arkansas Verdigris Valley Health Centers, Inc

AVVHC promueve estilos de vida mas saludables al brindar servicios de atencion medica y educacion para la salud de calidad, compasivos y asequibles para todos. Somos un centro de salud comunitario privado y sin fines de lucro que atiende a Coweta, Porter, Muskogee y las areas circundantes. AVVHC acepta Medicare, Medicaid, seguros privados, ademas de ofrecer una escala de tarifas para aquellos pacientes que tienen seguro insuficiente. Nuestra escala de tarifas se ajusta periodicamente segun las pautas federales para el ingreso y el tamano de la familia. Para aquellos que califican, se cobra una tarifa minima o nominal por cada servicio realizado (visita al consultorio, laboratorio, radiografia, etc.)

AVVHC proporciona los siguientes servicios: Medica, Radiografia, salud del comportamiento, tratamiento por consumo de sustancias, exámenes físicos, farmacia 340B, Transporte y Dental. Esperamos convertirnos en su proveedor local.

Ubicaciones

<u>Ubicacion de Coweta</u>	607 South Broadway Coweta, Oklahoma 74429	877-480-0111
<u>Ubicacion de Porter</u>	505 South Main Street Porter, Oklahoma 74454	877-480-0111
<u>Ubicacion de Muskogee West</u>	201 N. 32 nd Street Muskogee, Oklahoma 74401	877-480-0111
<u>Ubicacion de Muskogee East</u>	110 W. Martin Luther King Muskogee, Oklahoma 74401	877-480-0111

Se puede acceder a los horarios de cada clinica a traves de nuestro sitio web en avvhealthcenters.com.

For the safety of our staff and patients, please note that while at any of our locations:

- No smoking is allowed (tobacco and vapor products)
- No weapons are allowed while on premises with the exception of law enforcement.

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigencia: 08-08-2011

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Arkansas Verdigris Valley Health Centers, Inc. ("AVVHC") se compromete a proteger su información médica (incluida la información dental y de salud conductual). Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica;
- Informarle de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Seguir los términos del aviso actualmente en vigencia.

¿Qué es este documento?

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica.

¿Qué abarca este aviso?

Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a toda su información médica utilizada para tomar decisiones sobre su cuidado que generamos o mantenemos, incluyendo información confidencial sobre la salud mental, enfermedades transmisibles y abuso de drogas y alcohol. Se pueden aplicar diferentes prácticas de privacidad a su información médica creada o conservada por otras personas o entidades.

¿A quién se dirige este aviso? Todos los empleados de AVVHC, cualquier profesional de la salud que le brinde tratamiento en AVVHC y cualquier miembro de un grupo de voluntarios que brinde servicios en AVVHC deberán cumplir este aviso de prácticas de privacidad.

¿Qué harán con mi información médica?

Las siguientes categorías describen las formas en que podemos utilizar y divulgar la información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Usted acusará recibo de este documento firmando el Acuerdo y Reconocimiento del Paciente adjunto.

Si le preocupa un posible uso o divulgación de cualquier parte de su información médica, puede solicitar una restricción. Su derecho a solicitar una restricción se describe en la sección sobre a los derechos de los pacientes más abajo.

Tratamiento. Utilizaremos su información médica para brindarle tratamiento médico y servicios.

Por ejemplo: su información médica puede ser divulgada a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal que participe en su atención.

Podemos divulgar su información médica para las actividades de tratamiento de cualquier otro proveedor de atención médica.

Ejemplos: (1) Podemos enviar una copia de su historial médico a un médico que necesite proporcionarle atención posterior o adicional. (2) Podemos enviar una copia de sus instrucciones de atención médica a un hospital o residencia de ancianos en la que haya sido ingresado o trasladado para facilitar la coordinación de la atención.

Pago. Podemos utilizar su información médica para nuestras actividades de pago. Las actividades de pago comunes incluyen, pero no se limitan a:

- Determinar la elegibilidad o cobertura bajo un plan; y
- Actividades de facturación y cobro.

Ejemplos: (1) Su información médica puede ser divulgada a una compañía de seguros para obtener el pago de los servicios. (2) Podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica o entidad cubierta para sus actividades de pago.

Por ejemplo: podemos enviar la información de la cobertura de su plan de salud a un laboratorio o centro de diagnóstico por imagen externo que necesite la información para facturar las pruebas que le haya realizado.

Operaciones

Podemos utilizar su información médica para fines operativos o administrativos.

Estos usos son necesarios para el funcionamiento de nuestras instalaciones y para garantizar que los pacientes reciban una atención de calidad. Las actividades de operación comunes incluyen, pero no se limitan a:

- Llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad,
- Revisar la competencia de los profesionales de la sanidad;
- Gestión de servicios jurídicos o de auditoría;
- Planificación y desarrollo empresarial; actividades administrativas y de gestión empresarial; y
- Comunicación con los pacientes sobre nuestros servicios.

Ejemplos: (1) Podemos utilizar su información médica para realizar auditorías internas con el fin de verificar que la facturación se realiza correctamente. (2) Podemos utilizar su información médica para ponernos en contacto con usted con el fin de realizar encuestas de satisfacción de los pacientes o para hacer un seguimiento de los servicios prestados. (3) Podemos utilizar una lista de pacientes para anunciar la llegada de un nuevo médico o la compra de un nuevo equipo o la incorporación de un nuevo servicio.

Podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica o entidad cubierta para sus actividades de operación en determinadas circunstancias.

Por ejemplo: podemos divulgar su información médica a su plan de salud para su análisis de revisión de utilización.

Socios comerciales. Podemos divulgar su información médica a otras entidades que nos prestan un servicio o en nuestro nombre que requiere la divulgación de información médica del paciente. Sin embargo, solo haremos estas divulgaciones si hemos recibido garantías satisfactorias de que la otra entidad protegerá adecuadamente su información médica.

Por ejemplo: podemos contratar a otra entidad para proporcionar servicios de transcripción o facturación.

Alternativas de tratamientos. Podemos utilizar y divulgar su información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés a las personas involucradas en su atención o en el pago de la misma. Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo, familiar o tutor legal que esté involucrado en su atención médica.

Recordatorio de citas. Podemos utilizar y divulgar información médica para ponernos en contacto con usted para recordarle que tiene una cita para un tratamiento o servicio médico.

Beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos utilizar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Investigación. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted a investigadores. En la mayoría de las circunstancias, usted debe firmar un formulario separado que nos autoriza específicamente a utilizar y/o divulgar su información médica para la investigación. Sin embargo, hay ciertas excepciones. Su información médica puede ser divulgada sin su autorización para la investigación si el requisito de autorización ha sido anulado o modificado por un comité especial encargado de garantizar que la divulgación no supondrá un gran riesgo para su privacidad o que se están tomando medidas para proteger su información médica. Su información médica también puede ser divulgada a los investigadores para preparar la investigación siempre que se cumplan ciertas condiciones. La información médica de las personas que han fallecido se puede divulgar sin autorización cuando ocurren determinadas circunstancias. Se puede divulgar información médica limitada a un investigador que haya firmado un acuerdo en el que se comprometa a proteger la información divulgada.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

¿Pueden utilizar y divulgar mi información médica sin mi autorización? Sí. Las siguientes categorías describen las formas en que podemos estar obligados a utilizar y divulgar su información médica sin su consentimiento. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría.

Requerido por la ley. Podemos divulgar su información médica cuando lo exija la legislación federal, estatal o local.

Ejemplos: (1) Podemos divulgar su información médica para la compensación de los trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. (2) Estamos obligados por ley a denunciar los casos de sospecha de abuso y negligencia. Estos informes pueden incluir su información médica.

Seguridad Pública. Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Salud pública. Podemos divulgar información médica sobre sus actividades de salud pública destinadas a:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar nacimientos y muertes; informar malos tratos, negligencia o violencia según la ley;
- Informar de las reacciones a los medicamentos o de los problemas con los productos, notificar a las personas de la retirada de productos que puedan estar utilizando;
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

Por ejemplo: la ley de Oklahoma nos obliga a informar, entre otras cosas, de los nacimientos, las muertes, ciertos defectos de nacimiento, las enfermedades contagiosas y otras condiciones y estadísticas de salud.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Podemos divulgar a la FDA y a los fabricantes la información de salud relativa a los acontecimientos adversos con respecto a los alimentos, los suplementos, los productos y los defectos de los productos, o la información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada, reparación o sustitución de los productos.

Actividades de vigilancia de la salud. Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de asistencia sanitaria, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Litigios y disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. En circunstancias limitadas, podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación o solicitud de descubrimiento.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- En respuesta a una orden judicial, una orden de arresto, una citación o cualquier otro proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona,

- Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- Sobre una conducta delictiva en el hospital; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción, ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

Seguridad nacional y actividades de inteligencia. Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros. Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o para que realicen investigaciones especiales.

Militares/veteranos. Podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades del mando militar, si usted es miembro de las fuerzas armadas.

Presos. Si usted es un recluso de un centro penitenciario o está bajo la custodia de un funcionario o agencia de la ley, podemos divulgar su información médica al centro penitenciario o al funcionario o agencia de la ley. Esta divulgación puede ser necesaria para: (1) permitir que el centro penitenciario le proporcione atención médica; o (2) proteger la salud y la seguridad de usted y/o de otras personas.

¿Qué sucede si desean utilizar y/o divulgar mi información médica para un propósito no descrito en este aviso? Debemos obtener una autorización específica y separada de usted para utilizar y/o divulgar su información médica para cualquier propósito no cubierto por este aviso o por las leyes que se nos aplican.

Estamos obligados a obtener su autorización para los siguientes usos y divulgaciones.

Notas de psicoterapia: debemos obtener autorización para utilizar y divulgar las notas de psicoterapia, que se definen como las notas grabadas (en cualquier soporte) por un profesional de la salud mental que documenta o analiza el contenido de la conversación durante una sesión de asesoramiento y que están separadas del resto de la historia clínica del paciente.

Marketing: Debemos obtener autorización para utilizar y divulgar su información médica con fines de marketing si este implica un pago financiero directo o indirecto por parte de un tercero.

Venta de información médica: Debemos obtener una autorización para cualquier divulgación de su información médica por la que recibamos un pago, a menos que la ley lo permita.

Si nos da autorización para utilizar o divulgar su información médica, puede revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica por los motivos contemplados en su autorización. Sin embargo, su revocación no se aplicará a las divulgaciones que hayamos realizado previamente en virtud de su autorización.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información médica? Usted tiene los derechos que se describen a continuación con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos es necesario presentar una solicitud por escrito. Puede ponerse en contacto con nuestro funcionario de privacidad para obtener un formulario que puede utilizar para ejercer cualquiera de los derechos que se indican a continuación.

Derecho de inspección y copia. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención; si desea una copia de su información médica, es posible que le cobremos una tarifa de \$1.00 por la primera página y 0.50 centavos por cada página subsiguiente. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su información médica en determinadas circunstancias. Si se le deniega el acceso, puede solicitar la revisión del mismo. Un profesional de la sanidad autorizado elegido por nosotros revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su solicitud original. Respetaremos el resultado de la revisión.

Derecho a la modificación. Si considera que la información médica que creamos es incorrecta o incompleta, puede presentar una solicitud de modificación mientras mantengamos la información. Debe indicar un motivo que justifique su solicitud de modificación.

Podemos denegar su solicitud de modificación si no se realiza por escrito o no se incluye una razón que justifique la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si solicita modificar información que:

- No hemos creado, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para realizar la modificación;
- No forma parte de la información médica que mantenemos;

- No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Es exacta y completa.

Derecho a un informe de divulgación. Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgación" gratuito cada 12 meses. Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de su información médica. Existen varias categorías de divulgaciones que no estamos obligados a enumerar en el informe. Por ejemplo, no tenemos que hacer un seguimiento de las divulgaciones que están autorizadas. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo, que no puede ser superior a 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Si solicita más de un informe en un periodo de 12 meses, es posible que le cobremos un concepto de gastos de suministro de la lista. Le notificaremos el costo que implica y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se generen dichos costos.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que se restrinja o limite la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted, a menos que nuestro uso y/o divulgación sea requerido por la ley. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que solicite una restricción en la divulgación de información a su plan de salud y esté dispuesto a pagar de su bolsillo el tratamiento médico proporcionado. Si aceptamos otras restricciones solicitadas, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

En su solicitud deberá indicar:

- El tipo de restricción que desea y la información que desea restringir; y
- A quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar concreto. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo.

Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Siempre encontrará copias de este aviso en nuestro departamento de registros

médicos.

¿Pueden modificar este aviso? Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Se publicarán copias del aviso actual en todas las instalaciones de AVVHC y estarán disponibles para que usted las recoja cada vez que visite AVVHC.

¿Qué ocurre si tengo preguntas o necesito informar de un problema? Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nosotros, o si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con nuestro Funcionario de privacidad al 918-483-0111. La dirección postal del Funcionario de privacidad es P.O. Box 334, Porter, Oklahoma 74454. Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, debe presentar la queja en un plazo de 180 días a partir del momento en que tuvo o debería haber tenido conocimiento de la circunstancia que dio lugar a la queja. La queja se debe presentar por escrito; la información sobre cómo presentar una queja se puede encontrar en el sitio web de la Oficina de Derechos Civiles en: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/index.html> O nuestro Funcionario de privacidad puede proporcionarle la información de contacto actual. Usted no será sancionado por presentar una queja.

Arkansas Verdigris Valley Health Centers, Inc.

CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR:

Doy mi consentimiento para participar como paciente utilizando la red de telemedicina de Arkansas Verdigris Valley Health Centers, Inc (AVVHC). Recibiré servicios de atención médica a través de equipos de video y/o cámaras interactivas. Comprendo que el uso de equipos de video/cámara es un nuevo método de prestación de asistencia médica. Comprendo que, en este momento, no existen riesgos conocidos por recibir mis cuidados de esta manera. Comprendo que se me mostrará el equipo y podré ver cómo funciona antes de recibir cualquier servicio. Comprendo que mi participación en esto es totalmente voluntaria y que puedo decidir abandonar en cualquier momento. Mi privacidad y confidencialidad serán protegidas en todo momento. Cuando reciba los servicios por video, podré ver a todos los presentes en la sala de telemedicina del otro lugar. En momentos de emergencia y cuando la ley lo permita, doy mi consentimiento para recibir servicios de atención médica por método telefónico cuando no se pueda establecer una conexión de video.

Doy mi consentimiento para recibir servicios a través del equipo de videoconferencia y/o cámara. Comprendo que los servicios que recibo pasarán a formar parte de mi historial de tratamiento. Comprendo que los proveedores de atención médica de ambos lugares tendrán acceso a cualquier información médica relevante sobre mí, incluyendo cualquier historial de salud mental, información psiquiátrica y/o psicológica, abuso de alcohol y/o drogas, enfermedades contagiosas o venéreas y otra información sensible. He leído este documento y por la presente doy mi consentimiento para participar en la red de telemedicina de AVVHC en los términos descritos anteriormente. Comprendo que este documento formará parte de mi historial médico.

Revisado el 21/03/2020

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE FACTURACIÓN:

Por la presente, concedo mi autorización al proveedor de tratamiento para que divulgue información solicitada en el curso de mi examinación o tratamiento a mi compañía de seguro, proveedores, personas y entidades autorizadas por mí o sus entidades contratadas. [Si el paciente es menor de edad, debe firmar el padre/madre o tutor legal].

Tenga en cuenta que el uso de todos los registros diarios autorizados y publicados no está bajo el control de **Arkansas Verdigris Valley Health Centers**.

• **AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE:** Por la presente, autorizo a **Arkansas Verdigris Valley Health Centers** para que me tome una fotografía para mis registros médicos electrónicos si no presento una identificación con foto actual.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

a

Arkansas Verdigris Valley Health Centers

Por la presente, declaro que todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los cuales tengo derecho, incluidos todos los planes de seguro privado y gubernamental u otros pagadores, por el servicio prestado por

Arkansas Verdigris Valley Health Centers y los profesionales médicos que me atienden durante mi tratamiento en este consultorio serán pagados directamente a **Arkansas Verdigris Valley Health Centers**, u otros proveedores asociados, según corresponda. Entiendo que soy responsable de todos los gastos no pagados por el seguro. Esta asignación permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito.

Acuerdo del paciente

Autorización de divulgación de información

Comprendo que los servicios de tratamiento NO están supeditados ni influenciados por mi decisión de permitir la divulgación de la información. También comprendo que yo o mi representante legalmente autorizado podemos revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, a menos que ya se hayan tomado medidas basadas en él. Puedo hacerlo presentando una solicitud por escrito al Departamento de Registros Médicos. Doy este consentimiento de forma libre y voluntaria.

Comprendo que los registros solicitados pueden estar protegidos bajo 42 C.F.R., Parte 2, que rige los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. pts. 160 y 164, las leyes y reglamentos de confidencialidad del Estado y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento a menos que se disponga lo contrario en los reglamentos. Las normativas de las leyes estatales y federales prohíben cualquier otra divulgación de dichos registros sin mi consentimiento específico por escrito o cuando dicha normativa lo permita.

RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA DIVULGACIÓN PUEDE INCLUIR REGISTROS QUE PUEDEN INDICAR LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE O NO TRANSMISIBLE.

COMPRENDO QUE NO TENGO NINGUNA OBLIGACIÓN DE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y QUE MI NEGATIVA A FIRMAR NO AFECTARÁ A LA POSIBILIDAD DE RECIBIR TRATAMIENTO.

COMPRENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO ANTES DE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA ANTERIORMENTE. SI SE UTILIZA PARA COMUNICACIÓN CONTINUA, ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA EN DOCE (12) MESES. LAS DIVULGACIONES REALIZADAS DE BUENA FE ANTES DE LA REVOCACIÓN NO CONSTITUYEN UNA VIOLACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD.

Si el paciente es un adulto legalmente competente, debe firmar este formulario. Si se trata de un adulto incapacitado legalmente, debe ser firmado por el tutor personal (acompañado de la prueba de la tutela). Si el paciente es menor de 18 años, el padre o tutor legal del paciente debe firmar. (Las firmas deben ser atestiguadas por al menos una persona). Si el paciente es incompetente y no puede firmar, su marca o consentimiento debe ser presenciado por al menos dos personas.

AVISO A LOS DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN: cualquier información que se le divulgue en relación con el tratamiento de drogas y/o alcohol se tomó de los registros de los cuales la confidencialidad está protegida por la ley estatal y/o federal. La normativa federal (42 CFR, Parte 2) le prohíbe divulgarla sin el consentimiento específico y por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por dicha normativa. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. **SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA QUE SEAN VÁLIDOS.**

Consentimiento para servicios

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para los servicios que estoy solicitando a Arkansas Verdigris Valley Health Centers (AVVHC), Inc. d/b/a Porter Health Center. Comprendo que se me explicarán los riesgos y beneficios de estos servicios y que tendré la oportunidad de hacer preguntas.

También comprendo que la información sobre mí y los servicios que recibo será ingresada en los sistemas de información de gestión de AVVHC y podrá ser utilizada para la evaluación, gestión y facturación del programa. Sin embargo, mi nombre no se divulgará sin mi autorización por escrito.

Recibo del aviso de prácticas de privacidad de AVVHC

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de AVVHC como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

Recibo de los derechos y responsabilidades del paciente

Reconozco que he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de AVVHC.

Descarga del historial de medicamentos

Comprendo y doy mi consentimiento para recuperar y revisar mi historial de medicamentos. Comprendo que esto formará parte de mi historial médico. El historial de medicamentos es una lista de los medicamentos que estos proveedores y otros proveedores de atención sanitaria han

recetado recientemente a un paciente. Se obtiene de diversas fuentes, como la farmacia del paciente, los planes de salud y otros proveedores de atención sanitaria.

Consentimiento para recibir llamadas

El ingreso de cualquier número de teléfono constituye un consentimiento por escrito para que las Entidades de Práctica envíen llamadas telefónicas automatizadas, pregrabadas y de voz artificial a ese número de teléfono. Para modificar o revocar este consentimiento, visite la página "Preferencias de contacto" del Portal del Paciente.

Acuerdo entre paciente y proveedor para sustancias controladas

El propósito de este acuerdo es brindarle información para su seguridad personal sobre los medicamentos que tomará para el control del dolor y garantizar que usted y AVVHC cumplan con todas las regulaciones estatales y federales, incluidas las normas de la Administración de Control de Drogas, con respecto a la prescripción de sustancias controladas. Se puede considerar un plan de tratamiento basado en la terapia con opioides para tratar el dolor de moderado a intenso. Nuestra intención es que el plan de tratamiento basado en la terapia con opioides reduzca su dolor y aumente su capacidad de desenvolverse en su vida diaria.

Los efectos secundarios de la terapia con opioides pueden incluir: erupción cutánea; reacciones alérgicas; estreñimiento; náuseas; vómitos; disfunción sexual; anomalías del sueño; agravamiento; depresión; confusión; alteración de la coordinación, el equilibrio y la capacidad motriz; dificultad para conducir y operar maquinaria; somnolencia; y respiración demasiado lenta.

AVVHC requiere que cada paciente que reciba tratamiento a largo plazo con sustancias controladas lea y acepte lo siguiente:

1. Todas las sustancias controladas deben provenir únicamente del médico/proveedor de esta oficina o durante su ausencia, del proveedor médico a cargo, a menos que el paciente notifique lo contrario al personal de la clínica.
2. El paciente informará al personal médico de cualquier abuso de sustancias actual o pasado.
3. El paciente obtendrá los medicamentos controlados de una sola farmacia, indicada al final de este acuerdo, y notificará al personal de AVVHC si es necesario realizar un cambio.
4. El paciente no solicitará sustancias controladas a otros proveedores e informará a AVVHC de todos los medicamentos que esté tomando. El paciente también notificará al personal de la clínica sobre cualquier efecto secundario adverso de los medicamentos prescritos previamente.
5. El paciente protegerá y asegurará los medicamentos y no permitirá que nadie más los utilice, compre/venda o acceda a ellos. Esto es responsabilidad exclusiva del paciente o de sus cuidadores y los medicamentos perdidos o robados no serán reemplazados. Si el medicamento del paciente se cambia o se interrumpe, el paciente se compromete a deshacerse de este de forma segura.

6. El paciente tomará sus medicamentos según lo prescrito y no superará la dosis máxima prescrita. Los proveedores de AVVHC realizarán recuentos aleatorios de píldoras para garantizar el cumplimiento de la seguridad antes mencionada y el uso previsto de cualquier sustancia controlada. Cualquier discrepancia encontrada podría resultar en la expulsión del programa de sustancias controladas, que puede incluir la interrupción segura del medicamento opioide del paciente o la terminación de la relación proveedor-paciente. Se discutirán con el paciente otras opciones de tratamiento.
7. Las reposiciones de medicamentos de sustancias controladas requerirán de citas mensuales durante el horario de trabajo regular y solo se harán excepciones a discreción del proveedor médico. No se realizarán reposiciones por la noche ni los fines de semana.
8. La prescripción continua de sustancias controladas queda a discreción del proveedor médico y no hay garantía de que estos medicamentos se prescriban indefinidamente.
9. El paciente participará activamente en programas diseñados para mejorar la salud física y mental según las recomendaciones de los proveedores médicos.
10. AVVHC participa en el programa de monitoreo de prescripción a través de la Oficina de Narcóticos de Oklahoma. Se realiza un seguimiento de cada paciente para comprobar los intervalos de reposición adecuados y oportunos y si las prescripciones se han obtenido de otros proveedores además de AVVHC o de múltiples farmacias.
11. Si las autoridades policiales lo solicitan, AVVHC cumplirá automáticamente con las solicitudes de registros médicos y prácticas de prescripción.
12. Los análisis de orina aleatorios y los recuentos aleatorios de pastillas se pueden solicitar a discreción del proveedor médico; los análisis de orina de drogas corren a cargo del paciente y se realizarán como mínimo trimestralmente, con una frecuencia mensual.
13. Si se pide al paciente que complete un análisis de drogas en orina y no puede orinar dentro de los 30 minutos de la hora de su cita, se le pedirá que re programe su visita para una fecha posterior.
14. La muestra de orina proporcionada debe estar dentro del rango de concentración y temperatura requerido por el fabricante de los kits de detección de drogas en orina. Las muestras que estén fuera del rango de temperatura o concentración serán motivo de expulsión del programa de sustancias controladas de AVVHC.
15. Si el resultado de la prueba es negativo para el medicamento programado que AVVHC ha estado prescribiendo, esto indica un posible uso indebido del medicamento y será motivo para que el paciente sea expulsado del programa de sustancias controladas de AVVHC.
16. Si el resultado de la prueba de drogas en orina es positivo para consumo de drogas ilícitas, esto será motivo para que el paciente sea expulsado del programa de sustancias controladas de AVVHC. Se puede solicitar el envío de una confirmación de un resultado positivo al laboratorio antes de que el paciente sea expulsado del programa de sustancias controladas de AVVHC. Esto lo pagará el paciente si no lo cubre el seguro. El paciente también puede solicitar la repetición del análisis de drogas en orina una semana después del resultado positivo. Esta prueba se debe realizar en AVVHC-Muskogee West y nuevamente correrá a cargo del paciente.
17. Los pacientes dispondrán de recursos educativos para ayudar a afrontar la dependencia de los opiáceos y prevenir el abuso de los mismos. La terapia con suboxone es una opción a través de Green Country Behavioral Health para los pacientes que deseen seguir el tratamiento en su programa.
18. El paciente comprende que existe el riesgo de desarrollar una dependencia física. Si el medicamento opioide se suspende repentinamente o no se toma según las indicaciones, pueden aparecer síntomas de abstinencia, como sudoración, calambres abdominales, diarrea, piel de gallina, dificultad para dormir y cambios de humor.
19. El paciente comprende que existe un riesgo de dependencia psicológica. El paciente comprende que cuando se interrumpe el tratamiento, es posible que se pierda o se desee el medicamento opioide.

20. El paciente comprende los riesgos de adicción y sobredosis, donde el paciente puede experimentar la pérdida de control sobre el uso de drogas opioides, el uso compulsivo, y/o el uso continuado a pesar del daño a sí mismo o a otros. El paciente también comprende los peligros de tomar opioides con alcohol, benzodiacepinas y otros depresores del SNC, como la depresión respiratoria mortal, la lesión cerebral por falta de oxígeno, el coma o la muerte. AVVHC trabajará con el paciente para prevenir el posible desarrollo de la adicción.
21. Al firmar este acuerdo, el paciente y el médico/proveedor declaran que comprenden el plan de manejo del dolor o que si surge una pregunta, el paciente en cualquier momento, no comprenden el plan de manejo del dolor o surge una pregunta, el paciente se pondrá en contacto con la clínica inmediatamente y buscará más orientación.
22. El plan de sustancias controladas del paciente incluirá la identificación de los medicamentos específicos y todos los demás modos de tratamiento, incluidos, entre otros, la fisioterapia o el ejercicio y/o la relajación o el asesoramiento psicológico. El paciente comprende que si no acude a estas citas o no participa en estas terapias, el médico/proveedor puede suspender la medicación del paciente de forma segura.
23. El paciente comprende y acepta que el proveedor queda exento de toda responsabilidad civil por la falta de tratamiento del dolor si el evento ocurre debido a la falta de cumplimiento por parte del paciente de cualquiera de las disposiciones del acuerdo entre el paciente y el proveedor.
24. El paciente debe comprender que el incumplimiento de estas políticas dará lugar a la expulsión de los programas de sustancias controladas de AVVHC y no se recetarán más medicamentos programados o controlados. Al firmar a continuación, he leído y acepto estos términos.

He leído la información presentada anteriormente sobre mi propuesta de tratamiento con opioides. He tenido la oportunidad de hacer preguntas para una mayor comprensión. Comprendo todos los riesgos, las advertencias, las responsabilidades y el plan de supervisión de los médicos. Comprendo que el éxito de mi tratamiento basado en la terapia con opioides depende de la confianza mutua, la honestidad y la comunicación en la relación entre el paciente y el proveedor, además de la plena comprensión y el acuerdo sobre los riesgos, los beneficios y las alternativas al uso de medicamentos opioides para tratar el dolor. Acepto las incertidumbres, los riesgos y las limitaciones de este tratamiento. Doy mi consentimiento para el tratamiento, así como para cualquier tratamiento relacionado que mi proveedor considere necesario y apropiado en relación con mi plan de tratamiento. También comprendo que antes de que mi proveedor prescriba cualquier medicamento opioide, AVVHC requiere que se realice un análisis de drogas en orina.

Se me ha aconsejado que no conduzca mientras tome algún medicamento para el dolor o la ansiedad.

Inicial

El costo de la prueba de drogas en orina es de \$12.00 a pagar ahora. _____

Inicial

He recibido una copia de este acuerdo.

Acepto este acuerdo en su totalidad al firmar a continuación.



Paciente / Proveedor **Acuerdo de hogar médico**

Para obtener excelentes resultados, es esencial que los pacientes y los médicos tengan una buena comunicación. Es importante que determine un proveedor de atención primaria y que se atienda con el mismo proveedor en cada visita, cuando sea posible. AWHC se esforzará por proporcionar el mismo proveedor en cada visita junto con el mismo equipo de atención al paciente. La continuidad de la atención se traduce en un mejor nivel de atención, así como en un mayor nivel de satisfacción y una visita médica más efectiva tanto para usted como para el proveedor. Nuestro personal está comprometido a brindarle atención médica de la más alta calidad. Esto se puede lograr mejor mediante una comprensión clara de nuestras responsabilidades para con usted y sus derechos y responsabilidades como paciente en nuestra práctica.

Como su proveedor de atención primaria (PCP) de hogar médico, aceptamos:

1. Honrar sus derechos como paciente y tratarlo con dignidad y respeto.
2. Nos enfocaremos en escuchar sus inquietudes, informarlo sobre sus necesidades de atención médica y servicios preventivos.
3. Nos concentramos en tratarlo como una persona completa: física, mental y emocionalmente.
4. Nos concentramos en proporcionarle atención médica *continua, de alta calidad y segura*, incluida la prevención de futuras complicaciones sanitarias.
5. Trabajar para programar consultas médicas oportunas para satisfacer sus necesidades de atención médica crónicas y urgentes.
6. Estar disponibles para usted las 24 horas del día, mediante citas en el consultorio, llamadas telefónicas y/u otras formas de comunicación electrónica.
7. Proporcionarle otros recursos de atención médica cuando estamos ausentes *o no disponibles*.
8. Proporcionarle derivaciones a especialistas según su PCP lo considere *médicamente* necesario.
9. Proporcionarle tratamiento, medicamentos, equipo y cualquier otro recurso que su PCP considere *médicamente* necesario.

Como paciente de hogar médico, su responsabilidad es:

1. Trabajar con nosotros, como su *PCP*, para satisfacer *todas* sus necesidades de atención médica.

2. Comunicarse con nosotros sobre todas sus inquietudes y objetivos de atención médica.
3. Informar sobre **todos** los **cambios** relacionados con su salud, tratamientos, medicamentos, etc.
Esto incluye el uso de **todos los medicamentos**: de prescripción, de venta libre, a base de hierbas y recreativos.
Esto también incluye cualquier equipo médico que se esté utilizando o que haya sido pedido o recomendado para su uso.
4. Llamarnos **antes de** ir a la sala de emergencias, a menos que sea potencialmente mortal.
5. Notificarnos **después** de una visita a la sala de emergencias, centro de atención de urgencias u hospital.
6. Programar consultas médicas de manera oportuna, incluidas las citas de **seguimiento**.
7. Cumplir las citas programadas con nosotros y cualquier otra programada con un especialista.
8. Si no puede asistir a una consulta, llame **antes de** la hora de la cita para cancelarla o reprogramarla.
9. Se le puede negar la atención de su PCP si no se presenta repetidamente a las citas sin previo aviso o no cumple con las responsabilidades enumeradas en el acuerdo de hogar médico.

Su atención médica es un trabajo en EQUIPO que involucra TANTO A USTED como a SU PROVEEDOR.



505 S Main St. Porter, OK 74454

Autorización de privacidad de HIPAA

Comprendo que Arkansas Verdigris Valley Health Centers, Inc. puede seguir utilizando y divulgando información médica protegida como se indica en el Aviso de prácticas de privacidad. ¿Desea que otra persona tenga acceso a su historial médico? *Sí, me gustaría dar acceso a los siguientes amigos, familiares o cuidadores:*

Nombre completo (primer nombre y apellido) o Entidad

Relación

Teléfono

Esta Autorización se concede a petición del interesado.

Esta Autorización permanecerá en vigente hasta que se notifique por escrito su revocación o se presente un nuevo formulario a la clínica.

Comprendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento

enviando una notificación por escrito a la dirección que figura en la parte superior de este formulario. Comprendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido utilizada o divulgada, pero será efectiva en el futuro.

Comprendo que tengo derecho a negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma.

Comprendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta Autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.