

No discriminamos a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión o discapacidad en nuestros programas y servicios.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por favor, entregue su identificación con foto al equipo de recepción.

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

Idioma Principal

Sexo Asignado al Nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino

Transgénero: ☐ Sí ☐ No

Dirección Postal

Dirección Física

☐ Sin hogar

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Ext.

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Podemos comunicarnos con usted por los medios indicados arriba para recordatorios de citas y de salud general, a menos que indique un medio que prefiera que no usemos.

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Pareja ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) Legalmente ☐ Viudo(a) ☐ Desconocido

Raza (marque todas las que correspondan):

☐ Blanca (incl. hispano/latino) ☐ Negra o Afroamericana ☐ India Americana / Nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Nativa de Hawái

☐ Otra Islas del Pacífico

Etnia: ☐ Hispano / Latino ☐ No Hispano / Latino

SEGURO O FUENTE DE PAGO

Por favor, entregue su(s) tarjeta(s) de seguro al equipo de recepción.

☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Medicare ☐ Pago Privado (por cuenta propia)

☐ Seguro Comercial — Nombre:

☐ Medicare con Seguro Complementario — Nombre:

☐ Otro:

ESTADO LABORAL / MILITAR

Marque todas las que correspondan.

☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Trabajador Independiente ☐ Desempleado(a) ☐ Jubilado(a) ☐ Veterano(a)

☐ Militar en Servicio Activo

En los últimos 12 meses, ¿su trabajo principal fue agrícola de temporada o migratorio?

☐ Sí ☐ No

PARTE RESPONSABLE

☐ Yo mismo (paciente indicado arriba) ☐ Persona responsable del pago (complete los datos a continuación)

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Parentesco con el Paciente

Dirección

Mejor Teléfono de Contacto: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Número de Teléfono de Contacto Preferido

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido

Nombre

Teléfono de Casa

Teléfono del Trabajo

Ext.

Teléfono Celular

Parentesco con el Paciente

FARMACIA PREFERIDA Y DIRECTIVA ANTICIPADA

Nombre de la Farmacia

Dirección de la Farmacia

¿Tiene una Directiva Anticipada en su expediente?

☐ Sí ☐ No

Si responde sí, por favor entréguenos una copia. Si no tenemos una copia en el expediente, seguiremos el estándar médico de atención. Más información: texaslawhelp.org/article/advance-directives

Iniciales

Reconozco mi responsabilidad de pagar los servicios prestados y entiendo que seré responsable de cualquier cargo que no sea pagado por mi seguro ni cubierto por los programas de HealthPoint.

Firma del Paciente / Parte Responsable

Fecha

Consentimiento General para la Atención y el Tratamiento

La información de este formulario de consentimiento describe sus derechos, como paciente, a estar informado sobre su afección y los procedimientos médicos o de diagnóstico recomendados que su proveedor pueda utilizar a lo largo de su relación con HealthPoint.

En nombre de mí mismo o del paciente indicado a continuación, reconozco y consiento las declaraciones incluidas en este formulario.

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Solicito que se me presten servicios de atención médica a mí, o al paciente indicado a continuación, en HealthPoint. Consiento voluntariamente todos los tratamientos médicos y servicios relacionados con la atención médica que los proveedores de HealthPoint consideren necesarios para mí o para el paciente indicado a continuación. Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de imagenología y de laboratorio, incluidas las pruebas de diagnóstico sensibles, que pueden incluir la prueba del VIH. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta; no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de los tratamientos o exámenes.

CONSENTIMIENTO ADICIONAL

Entiendo que HealthPoint, además del consentimiento general anterior, puede prestar ciertos servicios que requieren formularios de consentimiento especiales que deben leerse y firmarse para el tratamiento y los servicios, tales como servicios de telesalud con un proveedor de salud que se encuentra en un sitio remoto; tratamiento y pruebas de diagnóstico de un menor; administración de medicamentos o vacunas; o servicios de salud conductual.

PARA EL PACIENTE

Usted tiene derecho, como paciente, a estar informado sobre su afección y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará, para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo por obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria a fin de identificar el tratamiento o procedimiento apropiado para cualquier afección identificada.

ACUSE DE RECIBO DEL PAQUETE DE BIENVENIDA DE HEALTHPOINT

Entendemos que la información sobre usted y su salud es confidencial, y nos comprometemos a proteger su información de salud. Como paciente, usted debe revisar y firmar este formulario de consentimiento antes de recibir atención. Su autorización permite que el personal de HealthPoint use su información de salud para el tratamiento, el pago y nuestras operaciones de atención médica. Puede encontrar información adicional sobre la protección de su información médica en el Aviso de Prácticas de Privacidad que se incluye en este paquete o en nuestro sitio web de HealthPoint.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

☐

Entiendo que tengo derecho a revisar y solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthPoint y de mis derechos y responsabilidades como paciente en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DEL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

☐

Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un formulario de Rechazo del Tratamiento. También doy mi consentimiento para usar y divulgar la información de salud necesaria para el tratamiento, el pago y otras operaciones de atención médica.

Al colocar mis iniciales arriba, indico que (1) este consentimiento continuará vigente incluso después de que se haya establecido un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) consiento el tratamiento en este centro de salud o en cualquier otra oficina satelital bajo la misma titularidad. El consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Tengo derecho, en cualquier momento, a discontinuar los servicios.

Para Pacientes Menores de Edad: Si el paciente es menor de 18 años, el consentimiento generalmente debe ser otorgado por uno de los padres, un tutor legal u otra persona autorizada por la ley para consentir el tratamiento en nombre del menor. En circunstancias en las que un menor pueda consentir legalmente su propia atención conforme a la ley estatal o federal aplicable, la firma y las iniciales del menor constituirán un consentimiento válido para los servicios autorizados por la ley.

Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, u otros servicios que requieran un consentimiento específico, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de que se presten dichos servicios.

INSTALACIONES DE ENSEÑANZA

Entiendo que muchas ubicaciones de HealthPoint son instalaciones de enseñanza para personas en programas de formación profesional, incluidas, entre otras, medicina y enfermería. Estas personas pueden participar o ayudar a mi proveedor en la realización de procedimientos o tratamientos médicos o de diagnóstico. Tengo derecho a ser informado cuando un estudiante de atención médica vaya a ayudar, y tengo derecho a solicitar que el estudiante no participe en mi examen o tratamiento.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Reconozco que mis expedientes médicos pueden conservarse o revisarse en ubicaciones dentro de HealthPoint distintas del centro de salud donde recibo atención. Entiendo que la información médica o de otro tipo obtenida en el pasado por un proveedor de HealthPoint y cualquier información relacionada con la atención brindada en un centro de salud de HealthPoint puede usarse o divulgarse, de vez en cuando, a cualquier otro proveedor para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Reconozco que la información mínima necesaria sobre mi tratamiento en HealthPoint puede ser divulgada por HealthPoint para cumplir con las leyes federales y estatales, incluidas la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y la Ley de Privacidad de Expedientes Médicos de Texas. Esta autorización no incluye el permiso para divulgar las Notas de Psicoterapia ambulatorias.

La divulgación de las Notas de Psicoterapia requiere una autorización por separado.

RECETAS ELECTRÓNICAS

Reconozco que HealthPoint puede transmitir mis recetas electrónicamente ("recetas electrónicas") a la farmacia designada como mi proveedor de farmacia principal. HealthPoint puede solicitar y obtener el historial de todas mis recetas anteriores de otros proveedores de atención médica o de administradores externos de beneficios de farmacia. Entiendo que dicha información pasará a formar parte de mi expediente médico electrónico de HealthPoint.

A menos que esté prohibido de otro modo, la farmacia de HealthPoint, de conformidad con el Programa de Monitoreo de Recetas de Texas (PMP), como farmacia con licencia, debe reportar al PMP todos los registros de sustancias controladas dispensadas. El requisito de reporte se aplica a todas las sustancias controladas. Los farmacéuticos y el proveedor que receta deben revisar el historial del PMP del paciente antes de dispensar o recetar ciertas sustancias controladas.

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

☐

Yo, el paciente, la parte responsable o el tutor autorizado, autorizo a HealthPoint y a su personal clínico a comunicarse conmigo a través de mi cuenta del Portal del Paciente proporcionando resúmenes de visitas y resultados de laboratorio electrónicamente, así como enviando y recibiendo mensajes seguros. Entiendo que la comunicación basada en la web se ofrece como una opción y que puedo optar por no registrarme en el Portal del Paciente de HealthPoint.

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

☐

Yo, el paciente, la parte responsable o el tutor autorizado, autorizo a HealthPoint y a su personal clínico, y a cualquier afiliado o agente de HealthPoint, a comunicarse conmigo o con otras personas identificadas a continuación como miembros de mi grupo de apoyo de salud utilizando mi dirección de correo electrónico personal; por teléfonos celulares mediante mensajes de texto o llamadas telefónicas o teléfonos fijos, usando mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, sistemas automáticos de marcación telefónica u otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos y que mi proveedor de servicio inalámbrico o telefónico puede cobrar cargos. Entiendo que mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto es voluntario y no es una condición para recibir atención o servicios médicos de HealthPoint.

ASISTENCIA LINGÜÍSTICA Y ACCESIBILIDAD

Los centros de salud de HealthPoint ofrecen servicios de asistencia lingüística sin costo y se esfuerzan por hacer adaptaciones razonables para los pacientes con discapacidades.

VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD

Por motivos de seguridad del paciente, privacidad y facturación precisa, entiendo que HealthPoint puede solicitar y verificar una identificación con foto para confirmar mi identidad o la del o los pacientes de quienes soy el padre, la madre, el tutor legal o el representante autorizado. Esto ayuda a garantizar expedientes médicos precisos, prevenir el fraude al seguro y proteger la confidencialidad del paciente. Si tengo preguntas sobre esta política o no puedo proporcionar una identificación con foto, entiendo que puedo comunicarme con el personal de HealthPoint para obtener ayuda e información adicional.

GRABACIÓN Y FOTOGRAFÍA DEL TRATAMIENTO – PROVEEDORES DOCENTES, RESIDENTES Y OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

☐

Por la presente consiento y otorgo a HealthPoint el derecho y la autoridad de fotografiarme o grabarme, junto con mi imagen y mi voz, con el fin de identificación y documentación de la atención clínica. También entiendo que dichas imágenes pueden utilizarse con fines de enseñanza. Entiendo que tengo derecho a solicitar el cese de la grabación o filmación en cualquier momento.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO O RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Reconozco que el proveedor puede usar inteligencia artificial (IA) en servicios de diagnóstico o relacionados con el tratamiento, lo que puede ocurrir en relación con mi diagnóstico y tratamiento. Su proveedor revisará todos los registros creados con inteligencia artificial para que sean congruentes con las normas de expedientes médicos de la Junta Médica de Texas. Entiendo que tengo derecho a solicitar que se detenga en cualquier momento cualquier grabación, monitoreo, filmación o recopilación de datos asistidos por IA.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIE)

Un Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) permite que su equipo de atención en HealthPoint y otros proveedores compartan de forma segura sus expedientes médicos electrónicamente, ayudando a garantizar que todos los involucrados en su atención tengan la información que necesitan.

Elija una opción:

☐

OPTAR POR PARTICIPAR

Compartir mis expedientes a través del HIE.

☐

OPTAR POR NO PARTICIPAR

No compartir mis expedientes a través del HIE.

La información compartida a través del HIE puede ser transmitida por otros proveedores y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales. Puede cambiar su elección en cualquier momento solicitándolo a cualquier miembro del personal de HealthPoint.

ARREGLOS ORGANIZADOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Podemos participar en arreglos conjuntos con otros proveedores o entidades de atención médica mediante los cuales podemos usar o divulgar su información de salud, según lo permita la ley, para participar en actividades conjuntas que involucren el tratamiento, la revisión de decisiones de atención médica, actividades de evaluación o mejora de la calidad, o actividades de pago.

PROMOCIONES DE MERCADEO

☐ Consiento recibir comunicaciones del Equipo de Mercadeo de HealthPoint al número de teléfono celular o fijo que proporcioné, mediante un mensaje de texto o una llamada telefónica.

INSTALACIÓN CONSIDERADA FEDERAL

Entiendo que HealthPoint es una instalación considerada federal bajo la Ley Federal de Reclamaciones por Daños (Federal Tort Claims Act), lo que significa que HealthPoint se considera parte del gobierno federal para efectos de responsabilidad civil.

DURACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Este consentimiento permanecerá vigente hasta que retire mi consentimiento. Si HealthPoint cambia la naturaleza de sus servicios, o si han pasado al menos dos años desde mi última cita, se me pedirá que complete otro consentimiento general para el tratamiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE

Certifico que he leído y comprendo plenamente las declaraciones anteriores y consiento plena y voluntariamente su contenido. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este consentimiento, y certifico que este formulario me ha sido explicado en su totalidad y que comprendo su contenido.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o representante personal

Parentesco con el paciente

Solo para uso de HealthPoint: Formulario rellenable basado en el Consentimiento General para la Atención y el Tratamiento. Revíselo internamente antes de usarlo.

Divulgación de Información a Terceros

Consentimiento para Compartir Verbalmente Información de Salud

Propósito: Este formulario le permite otorgar permiso a HealthPoint para compartir verbalmente su información de salud con otra persona u organización. Usted elige qué se comparte y qué no. Complete todas las secciones que correspondan y firme al final.

¿Por cuánto tiempo es válida esta autorización? Esta autorización estará vigente hasta que el paciente la revoque o retire por escrito, o hasta la fecha de vencimiento específica que usted elija (opcional). Puede retirar su permiso en cualquier momento completando la última sección de este formulario.

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido

Nombre

Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

SECCIÓN 2 – ¿A QUIÉN SE PUEDE DIVULGAR MI INFORMACIÓN?

Complete los campos a continuación para la persona u organización (empleador, escuela, etc.) con quien autoriza que analicemos verbalmente su información de salud:

Nombre de la Persona/Organización

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Número de Fax

Nombre de la Persona/Organización

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Número de Fax

SECCIÓN 3 – ¿QUÉ INFORMACIÓN SE INCLUYE?

Al firmar este formulario, TODOS los tipos de información enumerados a continuación quedan incluidos en esta divulgación. Si hay algo que NO desea compartir, marque la casilla junto a ese elemento.

☐ Marque aquí si desea EXCLUIR elementos específicos, luego marque cada elemento a continuación que NO desea que se analice:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Historial / Examen Físico | ☐ Notas de Consulta | ☐ Medicamentos Pasados/Actuales |
| ☐ Resultados de Laboratorio | ☐ Informes e Imágenes de Radiología | ☐ Información de Facturación |
| ☐ Informes de Pruebas Diagnósticas | ☐ Alergias | ☐ TODOS los Registros |

Otro (especifique):

SECCIÓN 4 – INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (SE REQUIEREN INICIALES)

Por ley, ciertos tipos de información de salud requieren sus iniciales antes de poder ser divulgados, incluso si usted firmó anteriormente. Coloque sus iniciales únicamente en las líneas de la información que autoriza divulgar. Deje en blanco para excluir.

- | | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | Registros de Salud Mental |
| <input type="text"/> | Información Genética (incluyendo resultados de pruebas) |
| <input type="text"/> | Registros de Trastornos por Uso de Sustancias |
| <input type="text"/> | Resultados de Pruebas de VIH/SIDA y Tratamiento |

SECCIÓN 5 – FIRMA

He leído este formulario y acepto la comunicación verbal de mi información de salud como se describe anteriormente. Entiendo que HealthPoint no es responsable de cómo el destinatario utilice esta información una vez que haya sido divulgada.

Fecha de Hoy

Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Nombre en Letra de Molde del Representante Legalmente Autorizado (si corresponde)

Relación con el Paciente: ☐ Padre/Madre ☐ Tutor(a) ☐ Otro:

REVOCACIÓN

Puede cancelar esta autorización en cualquier momento firmando y fechando a continuación, y devolviendo este formulario a HealthPoint.

Firma de Revocación

Fecha

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y HEALTHPOINT

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Bienvenido a HealthPoint

Nuestro objetivo es brindar atención médica de la más alta calidad que sea asequible y accesible para todos. Como paciente de HealthPoint, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades, y HealthPoint también tiene derechos y responsabilidades. Queremos que entienda estos derechos y responsabilidades para que podamos trabajar juntos y brindarle la mejor atención posible.

Lea esta declaración detenidamente, firme donde se indica y no dude en hacer cualquier pregunta que tenga.

Sus derechos como paciente de HealthPoint

No discriminación

Usted tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto sin importar raza, color, estado civil, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad física o mental, edad, condición de veterano u otras características protegidas por leyes y reglamentos federales, estatales y locales.

Pago

Se espera que todos los pacientes de centros de salud calificados federalmente contribuyan financieramente al costo de sus servicios de atención médica. HealthPoint ofrece evaluación de elegibilidad para diversos programas de asistencia estatales y federales que pueden ayudar a cubrir los costos de atención médica. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea igual o menor al 200% de las Guías Federales de Pobreza y que cumplan con los requisitos de elegibilidad serán informados de la tarifa nominal aplicable por visita al consultorio en el momento en que se determine su elegibilidad.

Privacidad

Usted tiene derecho a que sus entrevistas, exámenes y tratamiento se realicen de manera privada y confidencial. Sus registros médicos también están protegidos y se mantienen confidenciales.

Usted tiene derecho a recibir una explicación completa de sus derechos de privacidad como paciente de HealthPoint mediante nuestro Aviso de Derechos de Privacidad del Paciente. Este documento proporciona una descripción general completa de cómo se puede usar y divulgar su información médica. Al firmar los Derechos y Responsabilidades del Paciente y de HealthPoint, usted confirma que recibió información sobre sus derechos de privacidad.

Atención médica

Usted tiene derecho a ayudar a tomar decisiones sobre su atención y tratamiento.

Usted tiene derecho a conocer su condición de salud y plan de tratamiento. Esto incluye: qué tratamiento necesita; cómo puede ayudarle el tratamiento; posibles riesgos o efectos secundarios; qué podría ocurrir si decide no recibir tratamiento; otras opciones de tratamiento, si están disponibles; y qué resultados puede esperar.

Después de recibir esta información y aceptar el tratamiento, usted está dando su consentimiento informado.

Usted tiene derecho a recibir información en el idioma que habla y en palabras que pueda entender.

Usted tiene derecho a recibir información sobre Directivas Anticipadas, que son documentos legales que explican sus deseos de atención médica. Si no desea esta información, o si no es apropiado proporcionársela directamente, podemos proporcionarla a su representante legal.

Si usted es adulto, tiene derecho a rechazar tratamiento según lo permita la ley. Si decide no recibir tratamiento, le explicaremos el posible riesgo y lo que podría ocurrir debido a esa decisión.

Usted tiene derecho a recibir servicios de atención médica que satisfagan sus necesidades y que HealthPoint pueda proporcionar. HealthPoint no es un centro de atención de emergencia. Si necesita servicios que no podemos proporcionar, lo referiremos a otro proveedor o centro. HealthPoint no es responsable de pagar los servicios que reciba de otro proveedor de atención médica.

Si tiene dolor, tiene derecho a que se evalúe y se trate su dolor según sea necesario.

Reglas de HealthPoint

Usted tiene derecho a aprender cómo usar los servicios de HealthPoint. Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntenos.

Usted tiene derecho a recibir una copia de la "Política de Comunicación con el Paciente sobre Incumplimiento y Terminación" de HealthPoint y se espera que la cumpla.

Usted tiene derecho a recibir una copia de la "Política de No Presentarse" de HealthPoint y se espera que la cumpla.

Si HealthPoint decide que ya no puede proporcionarle atención, recibirá un aviso por escrito que explique el motivo. Tendrá treinta (30) días para encontrar otro proveedor de atención primaria.

Si recibe una terminación, tiene derecho a apelar la decisión ante el Director Médico.

Quejas

Usted tiene derecho a decirnos cómo podemos mejorar nuestros servicios. El personal de HealthPoint puede ayudarle a presentar una sugerencia o una queja. Si no está satisfecho con la forma en que se maneja su inquietud, puede comunicarse con la Administración de HealthPoint.

Le animamos a compartir primero sus inquietudes con nosotros, pero siempre tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Sus responsabilidades como paciente de HealthPoint

Pago

Usted es responsable de proporcionar a HealthPoint información correcta y actualizada sobre su seguro y situación financiera. Esta información nos ayuda a determinar lo que podría adeudar y si califica para programas que pueden ayudar a pagar su atención. Usted es responsable de pagar o hacer arreglos para pagar sus servicios médicos y dentales. Si no puede pagar de inmediato, hable con nuestro personal para que podamos analizar opciones de pago.

Privacidad

Usted es responsable de decirnos quién puede o no puede tener acceso a su información médica. El personal de HealthPoint puede proporcionar formularios que le permitan dar o negar permiso para que otras personas accedan a sus registros.

Si usted es padre, madre o tutor legal, informe al personal si alguien que no sea usted o el tutor legal de su hijo puede traer al menor para recibir servicios.

Atención médica

Usted es responsable de brindarnos información completa y precisa sobre su salud para que podamos proporcionar la mejor atención posible.

Si decide no seguir un plan de tratamiento recomendado, usted es responsable de entender los posibles riesgos y resultados. Es posible que se le pida firmar un formulario que demuestre que rechazó el tratamiento.

Usted es responsable de usar los servicios de HealthPoint de manera apropiada. Esto incluye seguir las instrucciones del personal y acudir a sus citas programadas.

Es posible que los profesionales de HealthPoint no puedan atenderlo si no tiene una cita.

Reglas de HealthPoint

Usted es responsable de usar los servicios de HealthPoint de manera respetuosa y apropiada. Trate al personal, proveedores, pacientes y visitantes de HealthPoint con respeto en todo momento. No se tolerará comportamiento amenazante, abusivo, violento, fraudulento, intencionalmente ofensivo o ilegal. HealthPoint puede terminar inmediatamente su relación con usted sin aviso por escrito si su comportamiento amenaza la seguridad del personal, pacientes o visitantes. HealthPoint también puede dejar de proporcionar atención de acuerdo con sus políticas si su comportamiento interfiere repetidamente con su atención o con su relación con su proveedor de atención médica.

Usted es responsable de supervisar a cualquier niño que traiga consigo a HealthPoint.

Usted es responsable de la seguridad de sus hijos y de ayudar a proteger a otros pacientes, al personal y la propiedad de HealthPoint.

Usted es responsable de acudir a sus citas programadas. Las citas perdidas pueden retrasar la atención de otros pacientes.

HealthPoint tiene derecho a dejar de proporcionarle atención si usted viola las reglas o políticas de HealthPoint.

Responsabilidades de HealthPoint como su proveedor

General

HealthPoint es responsable de proporcionar atención médica de calidad en un ambiente seguro que proteja sus derechos como paciente.

Quejas

HealthPoint tiene la responsabilidad de asegurar que ningún representante de HealthPoint lo castigue, lo trate injustamente o deje de brindarle atención porque usted presente una queja. Usted tiene derecho a compartir inquietudes, hacer preguntas o presentar una queja sin temor a represalias. HealthPoint continuará proporcionando servicios apropiados mientras se revisa su inquietud.

Usted es responsable de cumplir con la Política de No Presentarse de HealthPoint. Si falta a una cita o no avisa con suficiente anticipación al cancelar, puede perder la capacidad de programar citas futuras.

Derechos de HealthPoint como su proveedor

Privacidad

En algunas situaciones, la ley puede exigir que HealthPoint comparta su información médica con agencias estatales o federales para informes o investigaciones.

HealthPoint también puede estar obligado a compartir sus registros médicos si lo ordena un tribunal.

Nombre del paciente o de la persona responsable (si corresponde)

Firma de la persona responsable

Relación con el paciente (si corresponde)

Fecha de hoy

Solo para uso de HealthPoint: Formulario rellenable basado en Derechos y Responsabilidades del Paciente y HealthPoint. Revíselo internamente antes de usarlo.