



CONDICIONES DE ADMISIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

1. Liberación de información: La persona que firma abajo, en consideración para el tratamiento que se ha de dar por parte de Northwest Colorado Health (La Agencia) al paciente, por medio de la presente está de acuerdo y expresamente renuncia a su privilegio (y al privilegio del paciente que está siendo atendido, si no es el que firma abajo) a la confidencialidad del expediente médico relacionado a esta admisión y a cualquier y todo tratamiento médico recibido relativo al ingreso incluyendo, sin limitación, cualquier tratamiento psiquiátrico, para el periodo de esta admisión y está de acuerdo, entiende y da consentimiento de que toda la información generada por su tratamiento y/o ingreso al CHC (o tratamiento para el cual el que firma abajo tiene responsabilidad o autoridad legal para ejecutar este consentimiento) pueda ser revisada por cualquier persona u organización autorizada por ley o por un tercer pagador quien podría proporcionar pagos del seguro la agencia por los gastos generados por los servicios prestados al paciente y también autoriza expresamente la agencia a liberar tal información a tal pagador o a cualquier otra persona u organización autorizada por ley para revisar esta información para cualquier propósito legal.
2. Consentimiento para recibir atención en la agencia: Me estoy presentando para admisión la agencia y voluntariamente doy mi consentimiento para la prestación de tales cuidados, incluyendo procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico/de salud mental y servicios de higiene dental, por parte de agentes y empleados autorizados la agencia y por su personal médico, o sus designados, que en su juicio profesional podrían considerar necesarios o benéficos. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al efecto de tal examen o tratamiento de mis condiciones. Me doy cuenta de que durante el curso de mi cuidado en la agencia, personal designado del mismo podría poner a disposición de otros proveedores de atención médica copias de mi expediente médico para información relacionada a mi cuidado, y doy consentimiento para tales liberaciones.
3. Si estoy buscando o recibo servicios de planificación familiar hoy, entiendo que los que están cubiertos incluyen visitas de rutina para iniciar, continuar o descontinuar un método anticonceptivo. Otros servicios de planificación familiar que están cubiertos podrían incluir, pero no se limitan a, suministro de métodos anticonceptivos y pruebas de embarazo y asesoría. Entiendo que esta agencia podría usar una base de datos estatal lo cual hace que mi información de salud esté disponible para el departamento de salud del estado y otros programas de planificación familiar participantes en Colorado. El beneficio para mí es que puedo cambiarme a otra clínica de planificación familiar participante y esa clínica puede tener acceso a la información de salud que ya he compartido.
4. Si estoy recibiendo tratamiento de salud mental, entiendo que la agencia ofrece cuidados primarios y servicios de psicología de la salud mental. Entiendo que si me atiende un(a) especialista en salud mental me van a proporcionar los nombres y acreditaciones del personal que labora en VNA que ofrece estos servicios. También entiendo que el ejercicio de las personas con licencia o registro en el campo de la psicoterapia está regulado por la Sección de Licencias en Salud Mental de la División de Registros de Colorado. Las Mesas Directivas de Psicología y Trabajo Social pueden ser contactadas en 150 Broadway, Suite 1350 Denver, CO 80202. Teléfono: 303-894-7800. Como beneficiario de los servicios de salud mental, también entiendo y estoy consciente de la siguiente información: (a) tengo el derecho de obtener información del(a) especialista en salud mental acerca del tipo de terapia y técnicas usadas, la duración aproximada de mi tratamiento, y los precios; (b) podría obtener una segunda opinión de otro(a) terapeuta o decidir terminar mi evaluación/tratamiento en cualquier momento; (c) En una relación profesional, como ésta, la intimidad sexual nunca es apropiada y es ilegal en el estado de Colorado. Si se da intimidad sexual, entiendo que se debe reportar al Departamento de Agencias de Colorado, Sección de Salud Mental; (d) Generalmente hablando, la información que comparta durante una sesión de terapia es legalmente confidencial, lo cual significa que el(a) terapeuta no puede divulgarla sin mi consentimiento por escrito. Hay excepciones con esta confidencialidad, algunas de las cuales están en una lista en la sección 12-43-218 de los Estatutos Revisados de Colorado y la Notificación de prácticas de Privacidad HIPPA, así como otras excepciones en las leyes de Colorado y Federales. Por ejemplo, los profesionales de salud mental están obligados a reportar sospechas de abuso infantil a las autoridades. Si una excepción legal surge durante la terapia, si fuera factible, se le informará de manera correspondiente. La Ley de Prácticas de Salud Mental (*Colorado Mental Health Practice Act* CRS 12-43-101) está disponible en el sitio <http://www.dora.state.co.us/mental-health/Statute.pdf.5>; (e) Si mi terapeuta está en entrenamiento, entiendo que trabajan con su supervisor(a) en equipo para proporcionar asesoría, diagnóstico y tratamiento; (f) Entiendo que mi terapeuta podría hablar de mi evaluación y tratamiento con los médicos que me remitieron y me están tratando y con las personas que me proporcionan cuidado. Además, estoy consciente de que mis citas con el equipo de salud mental se documentarán en un expediente médico electrónico del CHC.
5. Si estoy recibiendo servicios de higiene dental en la agencia, con mi firma reconozco que cualquier diagnóstico o asesoría es solamente con el propósito de determinar servicios necesarios de higiene dental y que se recomienda por parte de la Asociación Dental Americana, o cualquier organización sucesora, que un dentista realice un examen dental completo dos veces al año según la Ley de Prácticas Dentales de Colorado. También entiendo que la práctica de Higienistas Dentales Registrados es regulada por la Junta Dental de Colorado. La Junta Dental de Colorado puede ser contactada en 1560 Broadway, Suite 1350

Denver, CO 80202. Teléfono: 303-894-7800 y fax: 303-894-7764. Para presentar quejas, utilice los servicios en línea de la División de Profesiones y Ocupaciones, yendo a esta dirección: https://www.colorado.gov/pacific/dora/DPO_File_Complaint y haciendo clic en *Online Services Complaint Submission*. Usted puede encontrar e imprimir una copia del formulario *Healthcare Related Professions Complaint Form* en este mismo sitio web y enviarla a la dirección indicada arriba, además de toda la documentación.

- 6 Asignación de los beneficios del seguro: En el caso de que la persona que firma abajo tenga derecho a beneficios médicos de cualquier póliza de seguro, sea de cualquier tipo que surja, cubriendo al paciente o a cualquier otra parte responsable a él o ella, dichos beneficios quedan asignados a la agencia y a cualquier otro proveedor médico con licencia para su aplicación a la factura del paciente, y se acuerda que el CHC y/o el proveedor con licencia puede dar recibo de cualquier dicho pago y el cual deberá liberar a la citada compañía de seguros de cualquier y toda obligación de acuerdo a la póliza en la medida de dicho pago, quedando como responsable de los costos no cubiertos por esta asignación la persona que firma abajo y/o el paciente.
- 7 Acuerdo financiero y garantía de pago: Tanto el paciente que firma abajo como el o los garantes están de acuerdo en consideración de los servicios que serán prestados al paciente, por medio del presente se obligan individualmente a pagar los cargos la agencia y cualquier otro proveedor con licencia de acuerdo con los precios regulares y los términos la agencia y de cualquier otro proveedor con licencia. **Usted podría recibir una factura de un proveedor no participante asociado con la agencia.** Si la cuenta fuera remitida a un abogado para colección, la persona que firma abajo deberá pagar los honorarios razonables del abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas morosas generan intereses de acuerdo a las tasas legales.
- 8 Para los derechohabientes de Medicare/Medicaid solamente: Certifico que la información que he dado al solicitar pago bajo los Títulos XVII y XIX en virtud de la Ley del Seguro Social está al día. Pido que el pago de los beneficios autorizados sea hecho en nombre mío para cualquier servicio que me fue proporcionado por o en la agencia, incluyendo los servicios de los médicos. Autorizo a cualquier titular de mi información médica o cualquier otra, que libere a la administración para el financiamiento de la atención médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o servicios relacionados.

La persona que firma abajo certifica que él/ella ha leído lo anterior, y es el paciente, o está debidamente autorizado por él/ella para fungir como su agente general para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos. Todos los garantes certifican que han leído lo anterior y aceptan sus términos.