

CONDICIONES DE ADMISIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

1. Liberación de información: La persona que firma este documento, en consideración del tratamiento que Northwest Colorado Health (la Agencia) le dará, está de acuerdo y por la presente, expresamente renuncia a su privilegio (o el privilegio del cliente que está siendo atendido, si no es la persona que firma) de confidencialidad de su expediente médico y de cualquier y todo tratamiento médico recibido en relación con esta admisión, incluyendo, sin limitación, cualquier tratamiento psiquiátrico, para el periodo de tiempo de esta admisión y acepta, entiende y da su consentimiento para que toda la información generada por su tratamiento (o el tratamiento de alguien del cual la persona que firma es legalmente responsable o tiene autoridad para ejecutar este consentimiento) y/o admisión a la Agencia pueda ser revisada por cualquier persona u organización autorizada por ley o por un tercer pagador quien podría proporcionar pagos de seguro médico a la Agencia por cargos incurridos por los servicios prestados al paciente y también autoriza expresamente a la Agencia para que libere tal información a ese pagador o a cualquier persona u organización autorizada por ley y la revisen para cualquier fin legal.
2. Autorizo la liberación de la información del registro de las vacunas administradas o de la tarjeta de vacunación (frente y reverso) aprobada por Colorado a o de cualquiera de los siguientes: proveedor de atención médica, clínica, hospital o agencia de salud pública que esté proporcionando atención a la persona nombrada arriba; organización de atención administrada o aseguradora de salud en la cual la persona nombrada arriba está inscrita como miembro o asegurada; o escuela/guardería en la cual la persona arriba nombrada está inscrita. Entiendo que la información será liberada con el propósito específico de verificar las vacunas de la persona nombrada arriba. La autorización tendrá validez a través de todo el historial escolar/universitario de la persona arriba mencionada. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.
3. Consentimiento para recibir atención: Me estoy presentando para ser admitido(a) en la Agencia y voluntariamente doy mi consentimiento para la prestación de tales cuidados, que incluyen procedimientos de diagnóstico y tratamiento por parte de los agentes y empleados autorizados de la Agencia y su personal médico, dental y de salud emocional y conductual, o sus designados, que en su juicio profesional podrían considerar necesarios o benéficos. Reconozco que no me han dado garantías en cuanto al efecto del examen o tratamiento de mis condiciones. Me doy cuenta de que durante el tiempo en el cual sea atendido(a) en la Agencia, personal designado 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. Doy mi consentimiento para que durante el curso de mi tratamiento actualicen mi expediente con el historial de medicamentos que me han recetado doctores de otros lugares.
4. Si estoy buscando o recibiendo servicios de planificación familiar hoy, entiendo que los que están cubiertos incluyen citas de rutina para iniciar, continuar o descontinuar un método anticonceptivo. Otros servicios adicionales de planificación familiar cubiertos podrían incluir, entre otros, suministro de métodos anticonceptivos y pruebas y asesoría para embarazo. Entiendo que los servicios se brindan de manera voluntaria y que recibir servicios de planificación familiar no es un requisito previo a obtener cualquier otro servicio ofrecido por Northwest Colorado Health. Entiendo que esta agencia podría usar una base de datos estatal que pone mi información de salud a disposición del departamento de salud del estado y de otros programas de Colorado que están participando en planificación familiar. El beneficio para mí es que puedo cambiarme a otra clínica de planificación familiar que participe y ésta puede tener acceso a la información de mi salud que ya he compartido.
5. Si estoy recibiendo tratamiento de salud emocional y conductual, entiendo que, para esto, la Agencia ofrece servicios de atención primaria y de psicología. Si me atiende un(a) especialista en salud mental, tengo entendido que me darán los nombres y acreditaciones del personal que labora en la Agencia ofreciendo estos servicios. También entiendo que el ejercicio de personas con licencia o registro en el campo de la psicoterapia es regulada por la Mental Health Licensing Section of the Colorado Division of Registries (Sección de Licencias para la Salud Mental de la División de Registros de Colorado). Las Juntas de Psicología y Trabajo Social se pueden encontrar en 1560 Broadway, Suite 1350 Denver, CO 80202. Teléfono: 303-894-7800. Como beneficiario de los servicios de salud emocional y conductual, también entiendo y estoy consciente de la siguiente información: (a) tengo derecho a obtener información del proveedor de salud emocional y conductual acerca del tipo de terapia y técnicas usadas, duración estimada del tratamiento y las cuotas a pagar; (b) Puedo obtener una segunda opinión de otro(a) terapeuta o tomar la decisión de terminar mi evaluación o tratamiento en cualquier momento; (c) En una relación profesional como ésta, la intimidad sexual nunca es apropiada y en el estado de Colorado es ilegal. Si ocurre intimidad sexual, entiendo que se debe reportar al Colorado Department of Agencies, Mental Health Section (Departamento de Agencias de Colorado, Sección de Salud Mental); (d) Generalmente hablando, la información que comparta durante una cita de salud emocional y conductual es legalmente confidencial, lo cual quiere decir que el proveedor de salud emocional y conductual no puede divulgar dicha información sin mi consentimiento por escrito. Hay excepciones para esta confidencialidad, algunas de las cuales se pueden encontrar en la sección 12-43-218 de Colorado Revised Statutes (Estatutos

Revisados de Colorado) y HIPPA Notice of Privacy Practices (Aviso sobre las Prácticas de Privacidad HIPPA), así como otras excepciones en las leyes de Colorado y federales. Por ejemplo, los profesionales de la salud mental están obligados a reportar a las autoridades si se sospecha abuso infantil. Si una excepción legal surge durante la terapia, se lo informarán en la medida de lo posible. La Mental Health Practice Act (Ley de Prácticas de Salud Mental) (CRS 12-43-101) está disponible en <http://www.dora.state.co.us/mental-health/Statute.pdf.5> ; (e) Si mi terapeuta clínico está en capacitación, entiendo que ellos trabajan con su supervisor clínico en equipo para proporcionar evaluación, diagnóstico y tratamiento; (f) Entiendo que mi proveedor de salud emocional y conductual podría hablar de mi evaluación y tratamiento con los proveedores de salud y cuidadores que me remitieron. Además, estoy consciente que mis citas con el equipo de salud emocional y conductual serán documentadas en el expediente médico electrónico de la Agencia.

6. Si estoy recibiendo servicios dentales en la Agencia, con mi firma reconozco que doy consentimiento para tratamiento y que cualquier diagnóstico o evaluación es sólo con el propósito de determinar qué servicios dentales se necesitan y que la American Dental Association (Asociación Dental Americana), o cualquier organización sucesora, recomienda recibir, de manos de un dentista, un examen dental completo dos veces al año, según la Dental Practice Law of Colorado (Ley de Prácticas Dentales de Colorado). También entiendo que el ejercicio de Higienistas Dentales Registrados está regulado por la Colorado Dental Board (Junta Dental de Colorado), a la cual se le puede localizar en 1560 Broadway, Suite 1350 Denver, CO 80202. Teléfono: 303-894-7800 y fax: 303-894-7764. Para presentar una queja, utilice los servicios en línea a la página Division of Professions and Occupations (División de Profesiones y Ocupaciones) que se encuentra entrando a https://www.colorado.gov/pacific/dora/DPO_File_Complaint. Haga clic donde dice [Presentar una queja](#). Si prefiere hacerlo por escrito, ahí mismo hay un enlace para obtener copia impresa del formulario Healthcare Related Professions Complaint (hojas de reclamaciones para profesiones relacionadas con la salud), que debe enviar a la dirección mencionada anteriormente, además de cualquier documentación pertinente.
7. Tratamiento por parte de un estudiante: La Agencia participa en la capacitación clínica de estudiantes de medicina, odontología y de salud emocional y conductual. Este programa proporciona la experiencia necesaria y las horas clínicas que podrían requerirse para que el/la estudiante se gradúe y pueda ejercer en el campo que desee. Un proveedor de salud con licencia de nuestra Agencia estará supervisando su atención para garantizar el mejor tratamiento posible. Cualquier pregunta o inquietud que usted tenga será atendida de inmediato por dicho proveedor de salud. Usted tiene derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento durante esta cita y a que se la reprogramen con otro proveedor.
8. Asignación de los beneficios del seguro médico: En el caso de que la persona que abajo firma tenga derecho a beneficios de cualquier tipo surgidos de alguna póliza de seguro que asegura al paciente o a alguna otra persona responsable de él o ella, por la presente, dichos beneficios serán asignados a la Agencia o a cualquier otro proveedor de salud con licencia para que sean aplicados a la factura del paciente y se está de acuerdo en que la Agencia y/o dicho proveedor de salud con licencia darán por recibido dicho pago, lo cual habrá de liberar a la nombrada compañía aseguradora de cualquier y toda obligación bajo la póliza, en la medida de dicho pago, quedando como responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación la persona y/o el paciente que firma abajo.
9. Acuerdo financiero y garantía de pago: Tanto el paciente que abajo firma y el/los garante(s) están de acuerdo que, en consideración de los servicios que serán prestados al paciente, por la presente, se obligan individualmente a pagar los cargos de la Agencia y cualquier otro proveedor de salud con licencia, de acuerdo con las cuotas regulares y términos de la Agencia y de cualquier otro proveedor de salud con licencia. **Usted podría recibir una factura de un proveedor de salud que no participó pero está asociado con la Agencia.** Si la cuenta fuera remitida a un abogado para su cobro, la persona que firma abajo deberá pagar los honorarios razonables de dicho abogado y los gastos de cobranza. Todas las cuentas morosas generan intereses de acuerdo a las tasas legales.
10. Sólo ara las personas que tienen Medicare/Medicaid: Certifico que la información que he dado al solicitar pago bajo los Títulos XVII y XIX de la Ley de Seguridad Social, está al corriente. Solicito que el pago de los beneficios autorizados sea hecho en mi nombre por cualquier servicio que me proporcionen por parte de o en la Agencia, incluyendo los servicios de los médicos. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o cualquier otra sobre mí, para que libere la que sea necesaria a la Health Care Financing Administration (Administración del Financiamiento de la Atención Médica) y agentes, para determinar estos beneficios o servicios relacionados.

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

.....
Paciente
.....

.....
Fecha
.....

Garante(s)

Parentesco con el paciente

.....

Testigo