

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Consentimiento general para tratamiento: por medio de la presente autorizo la evaluación médica, el diagnóstico, el examen físico, las pruebas de laboratorio, el asesoramiento y el tratamiento por parte de Oak Street Health. Entiendo que tengo derecho de analizar con mi profesional clínico cualquier preferencia cultural, religiosa, espiritual o de otro tipo que afecte mi consulta o plan de tratamiento. Además, entiendo que debo notificarle a mi proveedor si tengo cualquier problema de comunicación o del lenguaje.

Consentimiento para los servicios de telemedicina: entiendo que Oak Street Health puede proporcionar ciertos servicios a través de la tecnología de telesalud a distancia, que incluye, entre otros, servicios de salud conductual a distancia. Estos servicios de salud conductual a distancia involucran a un proveedor de salud que está en un sitio lejos de mi ubicación en el momento del servicio, y como tal, a menudo implica la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos. El proveedor de salud a distancia determinará si la afección que está siendo diagnosticada o tratada es apropiada para la telemedicina, y entiendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento o receta.

Responsabilidad financiera: entiendo que soy responsable de cualquier saldo no pagado por mi seguro. Esto incluye escenarios en los que se me informa de que el servicio que estoy buscando no es un servicio contratado con mi plan de seguro. En estos casos, reconozco que se me exige pagar directamente este servicio al final de la consulta. Además, reconozco que si mi aseguradora cubre el costo del servicio prestado en la consulta de hoy, soy responsable de pagar los montos de copago o deducibles en el momento del servicio. Entiendo que mi visita puede requerir pruebas de laboratorio que serán procesadas por un laboratorio de terceros, y que pueden aplicarse cargos adicionales.

Asignación de beneficios/terceros pagadores: en consideración de todos los servicios de atención médica que se me han prestado o que me serán prestados (o al paciente abajo nombrado), por la presente le atribuyo a Oak Street Health todos los derechos, títulos e intereses sobre cualquier beneficio de terceros adeudados a todas y cada una de las pólizas de seguro o a terceros responsables que paguen un monto que no exceda los cargos comunes y habituales de Oak Street Health por los servicios de atención médica prestados. Autorizo estos pagos de las compañías de seguros aplicables, terceros pagadores y otros terceros. Acepto cualquier solicitud de revisión o apelación por parte de Oak Street Health para impugnar la determinación de beneficios hecha por un tercero pagador.

Uso y divulgación de la información médica: Oak Street Health puede usar o divulgar su información médica según lo establecido en el Aviso de prácticas de privacidad, cuya copia se ha puesto a mi disposición a petición mía.

- Reconozco que Oak Street Health puede compartir electrónicamente mi información médica con otros proveedores para fines de tratamiento, operaciones de atención médica y pago, así como para la coordinación de atención médica según lo permitido por las leyes federales y estatales.

Aviso de prácticas de privacidad

Disponible en el siguiente enlace: <https://www.oakstreethealth.com/hipaa-notice>.

- Reconozco que se puso a mi disposición una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Autorización de comercialización de la HIPAA

- Autorizo a Oak Street Health LLC, a sus subsidiarias y empresas afiliadas de CVS Health para usar mi información médica para enviar mensajes publicitarios personalizados sobre nuevos productos, programas y servicios que puedan interesarme, incluidos los financiados por terceros.

Al aceptar, autorizo a Oak Street Health LLC, a sus subsidiarias, entidades administradas y empresas afiliadas de CVS Health a usar mi información para enviarme información sobre los programas y servicios que puedan interesarme, incluidos los financiados por terceros. Entiendo que (1) mi tratamiento, pago por el tratamiento y elegibilidad para los beneficios de Oak Street Health no depende de mi firma de esta autorización; (2) una vez utilizada con fines de publicidad, mi información puede dejar de estar sujeta a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la ley federal que regula el uso y divulgación de la información médica protegida o leyes estatales similares; (3) esta autorización será válida hasta que la revoque y tengo el derecho de cancelarla en cualquier momento llamando al 888-776-4854, pero mi cancelación no se aplicará a ninguna acción que Oak Street Health ya haya tomado con base en esta autorización antes de la revocación, y (4) tengo derecho a una copia de esta autorización.

Ley de Protección Telefónica al Usuario

- Acepto recibir llamadas o mensajes automatizados o grabados de parte de Oak Street Health sobre mi atención médica, mis citas y publicidad. El consentimiento es opcional y no una condición para la compra. Los términos y condiciones sobre el envío de mensajes de texto y fax se encuentra en el siguiente enlace: <https://www.oakstreethealth.com/messaging-agreement>. Envíe un mensaje con la palabra STOP para darse de baja en cualquier momento. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de datos.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, INDICO QUE HE REVISADO Y QUE ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LO ANTERIOR.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o parte responsable

Relación de la parte responsable con el paciente

Ubicación del servicio

Número de teléfono

Dirección

Ciudad Estado Código postal