

Mi firma a continuación reconoce que se me ha proporcionado un Paquete de información para el paciente, que incluye:

- Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se manejará mi información de salud en diversas situaciones;
- Declaración de derechos y responsabilidades del cliente, que acepto cumplir;
- Política de comentarios/inquietudes/quejas/ Política de quejas para presentar quejas;
- Hoja de información de prescripción electrónica; y
- Acuerdo del paciente heredado

Consentimiento para tratamiento, pruebas y procedimientos

Doy mi consentimiento para todas las pruebas, tratamientos y procedimientos ordenados por los proveedores de HOPE, incluidas, entre otras, pruebas para enfermedades transmisibles o transmitidas por la sangre, como enfermedades de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y hepatitis. Como parte de mis pruebas y tratamiento, puedo recibir servicios de prevención, educación y reducción de riesgos específicos de la enfermedad. Entiendo que la ley estatal requiere que HOPE informe información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Ciudad de Houston para las personas que dan positivo en la prueba. para ciertas enfermedades (conocidas como "enfermedades reportables") que incluyen, pero no se limitan a, tuberculosis, VIH/SIDA y sífilis. Si mi resultado es positivo para una enfermedad reportable, entiendo que seré contactado por un Centro de Intervención de Enfermedades autorizado por el estado especialista para promover el tratamiento exitoso y la notificación de cualquier pareja sexual, si corresponde, que pueda estar en riesgo de contraer la enfermedad. También entiendo que si un trabajador de la salud de HOPE se expone accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales (por ejemplo, por un aguja), HOPE puede extraer y/o usar sangre extraída de mí para realizar pruebas.

Responsabilidad Financiera

Entiendo que si califico para los servicios a través de un programa financiado como Ryan White o el Departamento de Planificación Familiar de Servicios de Salud del Estado (Título X), estos recursos son pagadores de último recurso. Como pagadores de último recurso, es posible que los programas financiados por subvenciones no continúen con mi elegibilidad si actualmente o en el futuro tengo cobertura de Medicare, Medicaid y/o seguro de terceros. Por lo tanto, acepto informar de inmediato cualquier cambio en mi estado financiero y/o cobertura de seguro al Especialista en Elegibilidad. Si no informo adecuadamente los cambios en mi estado financiero y/o cobertura de seguro, y si esos cambios resultan en mi inelegibilidad para los servicios bajo un programa financiado por subvenciones, entiendo que soy completamente responsable por el costo de los servicios brindados por HOPE.

Asignación de Seguro

Al firmar a continuación, si soy elegible para Medicaid, Medicare y/o cobertura de seguro de terceros mientras soy cliente de HOPE, autorizo a HOPE a proporcionar a Medicaid, Medicare y/o cobertura de seguro de terceros toda la información necesaria, incluido mi VIH estado, para procesar mi reclamo. Por la presente, también asigno a HOPE todos los pagos recibidos de Medicaid, Medicare y/o una aseguradora externa por los servicios y tratamientos que me brindó HOPE. Entiendo que puedo ser responsable de pagar los copagos requeridos antes de que me vea un profesional de la salud. También entiendo que soy responsable por el costo de los servicios y tratamientos que se me brinden y que no estén cubiertos por mi seguro.

Participación de la Investigación

HOPE participa en estudios de investigación, que pueden incluir tratamientos probados o experimentales. Al firmar a continuación, autorizo al personal de HOPE a revisar mi información para determinar si califico para participar en estudios actuales o futuros. Si califico, se me notificará y se me brindará la oportunidad de aceptar o rechazar la participación en la investigación. Mi firma a continuación no significa que estoy de acuerdo en participar en un estudio de investigación.

Prescripción Electrónica

Las recetas electrónicas, E-Rx o recetas electrónicas son recetas generadas por computadora creadas por su proveedor y enviadas directamente a su farmacia. HOPE participa en recetas electrónicas porque nos preocupamos por su salud y bienestar, y las recetas electrónicas tienen múltiples beneficios. Al dar su consentimiento, HOPE también puede acceder a un historial de mis recetas actuales y pasadas. Esta información crítica ayuda a HOPE a confirmar la seguridad de mis recetas y minimizar las interacciones peligrosas con mis otros medicamentos.

Comunicaciones

Entiendo que HOPE utilizará mi dirección de correo electrónico y otra información de contacto que he proporcionado para diversos fines, incluidos, entre otros, recordatorios de citas, recordatorios de resurtido de medicamentos recetados y registro en el portal de pacientes de HOPE. El portal seguro para pacientes de HOPE permite a los pacientes comunicarse con sus proveedores de atención médica y acceder a cierta información en sus registros médicos, como listas de medicamentos, ciertos resultados de laboratorio y registros de vacunación; sin embargo, estas características pueden cambiar de vez en cuando. Entiendo que HOPE utilizará mi dirección de correo electrónico para crear una cuenta de portal segura para mí, pero se me pedirá que establezca mi información de inicio de sesión para acceder al portal.

HOPE Alief
Health & Wellness Center
13930 Bellaire Blvd.
Houston, Texas 77083

HOPE Clinic Aldine
3000 Aldine Mail Route Rd.
Building C, Suite 200
Houston, Texas 77039

HOPE Aldine Meadows
School Based Clinic
2112 Aldine Meadows Rd.
Houston, TX 77032

HOPE Clinic Beltway
7001 Corporate Drive
Suite 120
Houston, TX 77036

HOPE Clinic West
12121 Westheimer Rd.
Suite 205
Houston, Texas 77077



Conexión de salud del área metropolitana de Houston

HOPE participa en Healthconnect, una organización sin fines de lucro que proporciona una red electrónica segura para los participantes de Healthconnect. Una lista de los participantes actuales de Healthconnect está disponible en www.ghhconnect.org. La participación de HOPE con otros en Healthconnect, como laboratorios, farmacias, centros de radiología, consultorios médicos, hospitales y aseguradoras de salud, permite a HOPE acceder y utilizar para brindarle atención, cualquier información de salud electrónica disponible relacionada con usted. Todos los participantes de Healthconnect deben proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Su tratamiento y elegibilidad para los beneficios no se verán afectados. Con mi firma a continuación, acepto que Healthconnect y sus participantes actuales y futuros, incluido HOPE, pueden usar y divulgar mi información médica protegida electrónicamente para fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que Healthconnect puede conectarse con otros intercambios de información médica en Texas y en todo el país que también deben proteger mi información médica protegida de acuerdo con las leyes estatales y federales, y autorizo a Healthconnect a compartir mi información con esos intercambios para los mismos fines limitados de operaciones de tratamiento, pago y asistencia sanitaria. Esta autorización permanece vigente a menos y hasta que yo la revoque. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a cualquier proveedor de atención médica que participe en Healthconnect y que mi revocación entrará en vigencia dentro de los tres (3) días. También entiendo que la revocación de esta autorización no afecta la información previamente compartida cuando mi autorización estaba vigente. HOPE también participa en otros programas seguros de transferencia de registros e intercambio de información de salud, incluyendo pero no limitado a Care Equality y Common Well. Si decide no participar en los programas, debe notificar a la Oficina de Mejora de la Calidad de HOPE Clinic por escrito enviando un correo electrónico a comments@hopechc.org o proporcionando una declaración por escrito en persona al Oficial de Privacidad de HOPE Clinic.

Información importante que necesita saber sobre telesalud/telemedicina en HOPE

Limitaciones de Telemedicina/Telesalud

Como paciente de HOPE que recibe servicios a través de telemedicina/telesalud, su proveedor está obligado a proporcionar un aviso (una explicación) sobre los servicios de telemedicina/telesalud, incluidos los riesgos y beneficios de ser tratado a través de telemedicina/telesalud, cómo recibir atención de seguimiento o asistencia en caso de una reacción adversa al tratamiento o en caso de una incapacidad para comunicarse como resultado de una falla tecnológica o de equipo.

Necesidad de evaluación en persona

Como paciente de HOPE que recibe servicios a través de telemedicina/telesalud, su proveedor debe informarle antes de la conclusión del encuentro, si él o ella no puede proporcionar toda la información clínica pertinente que un proveedor de atención médica que ejerce la habilidad y el cuidado ordinarios consideraría razonable necesario para la práctica de la medicina o los servicios de salud a un nivel aceptable de seguridad y calidad en el contexto de ese encuentro médico en particular. Si eso ocurre, su proveedor debe aconsejarle que obtenga una evaluación médica adicional razonablemente capaz de atender sus necesidades.

Derechos y Responsabilidades. Grabación de citas de telemedicina

Entiendo que al aceptar participar en los servicios de telemedicina/telesalud de HOPE, no grabaré en audio ni en audio/video a los miembros de la fuerza laboral de HOPE sin su permiso expreso obtenido antes de cualquier grabación. Una violación de esta limitación de grabación puede resultar en que HOPE solicite que destruya la grabación, incluidas las publicaciones de los materiales que se han compartido y también puede resultar en que HOPE suspenda los servicios de telemedicina/telesalud para mí.

Quejas a la Junta

Como paciente de HOPE que recibe servicios, si desea presentar una queja o reclamo ante la Junta de Medicina de Texas o el Gerente de Riesgos de HOPE, comuníquese con HOPE a schen@hopechc.org o llame a 713-773-0803 ext. 277. No será penalizado por presentar una queja.

Condiciones de consentimiento

Entiendo que mi consentimiento es necesario para que HOPE me ofrezca servicios y que algunos elementos pueden no aplicarse a mi situación actual. También entiendo que, para brindar atención integral durante esta y futuras visitas, y para evaluar mi elegibilidad para los programas, se requiere mi firma a continuación indicando mi acuerdo con este documento en su totalidad. Al firmar este formulario, reconozco y acepto los términos, la información y las obligaciones contenidas en este documento. Doy este consentimiento por mi propia voluntad. He tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información de este paquete, incluidas específicamente, entre otras, las disposiciones sobre obligaciones financieras y la asignación de disposiciones sobre beneficios. Reconozco que no tengo preguntas o que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción en un idioma que entiendo. Firmo este documento libremente y acepto cumplir con sus términos. Entiendo que este documento permanece vigente hasta que yo revoque mi consentimiento, en cualquier momento, por escrito. También entiendo que la revocación de esta autorización no afecta ninguna acción realizada previamente en base a este consentimiento.

Al firmar este formulario, doy fe de que todas las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Acepto dar al personal de elegibilidad de HOPE cualquier información necesaria para confirmar las declaraciones sobre mi elegibilidad. Entiendo que dar información falsa podría resultar en la descalificación de la elegibilidad y una posible obligación de pago. También acepto informar al personal de elegibilidad en caso de que cambien mis ingresos o el número de personas en mi familia.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma



HOPE CLINIC



713.773.0803



WWW.HOPECHC.ORG

JUNE 2023

2 to 2