

**PERFIL Y REGISTRO DEL PACIENTE**

APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
DIRECCIÓN:				
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CONDADO:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:		N.º DE SEGURO SOCIAL:	
CONTACTO DE EMERGENCIA:		RELACIÓN:	TELÉFONO:	
RELIGIÓN:	<b>RAZA:</b> Caucásica/Blanca <input type="checkbox"/> Asiática/Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Hispánica <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			
<b>APODO/NOMBRE DE PREFERENCIA</b> <i>(si corresponde):</i> _____	<b>GÉNERO:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>PRONOMBRE DE PREFERENCIA</b> <i>(si corresponde):</i> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____		
<b>ORIENTACIÓN/IDENTIDAD SEXUAL:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Sin determinar <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> Otra <i>(especifique):</i> _____				
<i>(Ambas partes, si corresponde)</i>				
Empleador: _____		Dirección: _____		Teléfono: _____
Escuela: _____		Grado: _____		Teléfono: _____
<b>¿CÓMO SE ENTERÓ DE DESTINY SPRINGS?</b> <i>(si corresponde)</i>				
Internet <input type="checkbox"/> Familiar/amigo <input type="checkbox"/> Alguien que fue paciente <input type="checkbox"/> Fui paciente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____				
Nombre de la persona o compañía que hizo la remisión: _____			Número de teléfono: _____	
Dirección: _____			Dirección de correo electrónico: _____	
<b>INFORMACIÓN SOBRE PADRES Y TUTORES   APLICA TANTO A ADOLESCENTES COMO A ADULTOS</b> <i>(si corresponde)</i>				
Nombre: _____		Relación con el paciente: _____		
Dirección: _____		Ciudad/estado/código postal: _____		Teléfono: _____
<b>SI USTED (EL TUTOR LEGAL) ES EL GARANTE</b>				
Empleador: _____		Fecha de nacimiento: _____		Número de Seguro Social: _____
Teléfono celular: _____		Teléfono del trabajo: _____		
**** ¿ESTÁ ADJUNTA LA DOCUMENTACIÓN DEL TUTOR? (Autorización legal para la toma de decisiones, poder de representación para atención de salud mental, documento fiduciario) _____ SÍ _____ NO				
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO</b>				
Seguro principal: _____		Nombre del titular de la póliza: _____		
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____		Identificación de la póliza: _____		Número de grupo: _____
Teléfono del titular de la póliza: _____				
¿Está adjunta la tarjeta del seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Está adjunta la identificación del titular de la póliza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es "No", indique por qué: _____
<i>(rellene con la información del seguro secundario si corresponde)</i>				
Seguro secundario: _____		Nombre del titular de la póliza: _____		
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____		Identificación de la póliza: _____		Número de grupo: _____
Número de teléfono del titular de la póliza: _____				
¿Está adjunta la tarjeta del seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Está adjunta la identificación del titular de la póliza? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es "No", indique por qué: _____

**CONSENTIMIENTO PARA UNA EVALUACIÓN**

Destiny Springs Healthcare ofrece un servicio de evaluación sin costo, mediante el cual enfermeros y profesionales de la salud mental de nuestro centro determinan el nivel de atención que necesita el paciente. El profesional clínico podrá remitir a los pacientes que correspondan a los servicios ambulatorios cuando sea necesario. Antes de una remisión o una evaluación, todo paciente referido que se realice un tratamiento o una evaluación debe completar el siguiente descargo de responsabilidad:

- El profesional clínico responsable de la evaluación es empleado de Destiny Springs Healthcare.
- La evaluación es confidencial, a menos que el cliente dé su consentimiento por escrito para revelar información.
- Destiny Springs Healthcare no acepta ni otorga reembolsos basados en remisiones.
- Destiny Springs Healthcare es un hospital propiedad de médicos.

*Marque una de las siguientes opciones:*

Doy mi consentimiento para la evaluación

No doy mi consentimiento para la evaluación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Certifico que leí y comprendo en su totalidad el presente consentimiento para el proceso de evaluación.**

Nombre impreso del paciente

Firma

Fecha y hora

Impreso para padres/tutores *(si corresponde)*

Firma

Fecha y hora

Nombre del personal impreso

Firma

Fecha y hora

**PARA USO EXCLUSIVO EN EL CONSULTORIO U HOSPITAL**

*Consentimiento verbal dado por el paciente o tutor legal (si corresponde) con la firma de 2 testigos.*

\_\_\_\_\_

Testigo 1: Nombre en letra de imprenta y firma

\_\_\_\_\_

Fecha y hora

\_\_\_\_\_

Testigo 2: Nombre en letra de imprenta y firma

\_\_\_\_\_

Fecha y hora

**\*\*PUEDE IMPRIMIR ESTE FORMULARIO PARA SUS EXPEDIENTES O SOLICITAR UNA COPIA IMPRESA\*\***

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y CONDICIONES DE INGRESO

El abajo firmante entiende, acepta, consiente, autoriza y está de acuerdo con lo siguiente:

**Consentimiento para recibir atención y tratamiento en el centro:** Doy mi consentimiento para el tratamiento o los servicios médicos, psiquiátricos o de salud del comportamiento que puedan realizarse durante la estadía en este centro o mientras sea paciente ambulatorio. Estos servicios pueden incluir, entre otros, tratamientos o servicios de emergencia, procedimientos de laboratorio, radiografías, tratamientos o procedimientos médicos o invasivos, servicios de telesalud o telemedicina, diagnósticos y tratamientos psiquiátricos o de salud del comportamiento, medicamentos, inyecciones, toma de fotografías, grabaciones de video, cuidados generales de enfermería o servicios del centro que se me presten bajo las instrucciones generales y especiales del médico que me atiende. La práctica de la medicina y la prestación de atención no son ciencias exactas, y el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones o incluso de muerte. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al resultado del examen o tratamiento en este centro.

**Atención médica o psiquiátrica:** El paciente estará bajo el cuidado de un médico. El centro y el personal de apoyo son responsables de cumplir las instrucciones de mi médico tratante. Mi médico tratante tiene la responsabilidad de obtener mi consentimiento informado, cuando sea necesario, para el tratamiento médico, psiquiátrico o de salud del comportamiento, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos especiales, o los servicios del centro que se me proporcionen bajo sus instrucciones generales y especiales. Entiendo que los médicos no se encuentran en las instalaciones las 24 horas del día, sin embargo, siempre hay un médico disponible y el personal del centro puede comunicarse con él en cualquier momento.

**Emergencias médicas:** Entiendo que durante una hospitalización en Destiny Springs Healthcare pueden surgir emergencias médicas, que podrían tratarse mejor en un hospital general o en un centro de atención urgente. Por este motivo, autorizo a un hospital de atención general o a un centro de atención urgente a tratar al paciente mencionado por cualquier afección médica que pudiera producirse.

**Relación jurídica entre el centro y los profesionales:** Entiendo que los profesionales que prestan los servicios, incluido mi psiquiatra o enfermero y cualquier médico consultor, no son empleados, representantes ni agentes del centro. Son contratistas independientes a los que se les concede el privilegio de utilizar este centro para la atención y el tratamiento de sus pacientes. Contratistas independientes: El abajo firmante entiende, consiente y acepta que ciertos contratistas independientes, incluidos los que prestan servicios de terapia canina, puedan participar en la atención del paciente durante su permanencia en el centro. Además, el abajo firmante autoriza al centro, al personal y a los contratistas independientes a proporcionar al paciente terapia con animales, incluidos los perros. La terapia asistida con perros incorpora a los animales en el proceso terapéutico. También se otorga consentimiento adicional para cualquier terapia y actividad recreativa, así como otros tratamientos con estos animales, mientras se reciban cuidados en el centro. El abajo firmante exime al centro y a sus contratistas independientes de cualquier pérdida ocasionada por lesiones que puedan producirse durante la participación voluntaria del paciente en cualquier programa terapéutico del centro bajo los cuidados del contratista independiente.

**Objetos personales de valor:** El centro dispone de una caja fuerte para guardar el dinero y los objetos de valor. El centro no será responsable de la pérdida o daños sufridos en relación con el dinero, la ropa, las joyas, las dentaduras postizas o cualquier otro artículo de valor, a menos que se depositen en dicha caja fuerte, y no será responsable de la pérdida o daños sufridos en relación con cualquier otra propiedad individual, a menos que se entreguen al centro para su custodia.

**Artículos de contrabando y registros:** El abajo firmante acepta y entiende que no se pueden introducir en las instalaciones drogas, alcohol, armas u otros artículos que el centro considere de contrabando, y que el incumplimiento de esta norma puede dar lugar a la expulsión inmediata del centro. Entiendo que este centro se reserva el derecho de registrar mis pertenencias personales, mi habitación y mi persona en cualquier momento para determinar si estoy en posesión de artículos de contrabando u otros artículos que puedan ser peligrosos para mi salud y seguridad o la de otros pacientes.

**Fotografías y grabaciones de video:** Por la presente, el abajo firmante consiente que se tomen fotografías con fines de identificación o tratamiento. Las fotografías pueden conservarse permanentemente en el expediente médico del paciente. Entiendo que se puede utilizar una pulsera de identificación del paciente en lugar de una fotografía. Además, el abajo firmante reconoce y está informado de que el centro utiliza equipos de vigilancia y grabación de video en tiempo real en las unidades del programa con el único fin de vigilar las áreas de los pacientes por motivos de seguridad. Los equipos de vigilancia y grabación de video se utilizan en las zonas de uso común y nunca en la habitación o el cuarto de baño de un paciente. Entiendo que las fotografías o grabaciones de video se utilizarán únicamente para los fines descritos anteriormente y no se divulgarán sin mi permiso expreso, a menos que lo permitan las leyes aplicables.

**Política de tolerancia cero a la violencia:** Entiendo que Destiny Springs hace cumplir una política de tolerancia cero con respecto a la violencia verbal o física, y que Destiny Springs tiene el derecho de emprender acciones legales contra cualquier paciente que participe en actos de violencia, ya sea verbal o física, contra los miembros del personal, los pacientes, los visitantes u otras personas mientras se encuentren en las instalaciones.

**Alta voluntaria contra la recomendación médica:** Mediante este documento se certifica que el paciente asume toda la responsabilidad por haber sido dado de alta en contra de la recomendación del médico que lo atiende y de la administración del centro, y por el presente exime al médico que lo atiende y a Destiny Springs de toda responsabilidad por los efectos negativos que puedan derivarse de esta acción.

**Daños materiales:** Cualquier daño a la propiedad del centro que sea ocasionado por el paciente se facturará a la cuenta del paciente para su reparación o sustitución y deberá abonarse en su totalidad en el momento del alta o antes.

Destiny Springs Healthcare se compromete a prevenir, reducir y esforzarse por eliminar el uso de medios de restricción y aislamiento. El uso de medios de restricción y aislamiento se limita a situaciones de emergencia en las que existe un riesgo inminente de autolesión o daño a terceros. En el programa de adultos, y con su consentimiento, su familia participará en su tratamiento. Esto supondrá la notificación, con el permiso del paciente, de un episodio de restricción o aislamiento (siempre se notificará a los padres o tutores en el caso de niños y adolescentes o de adultos bajo tutela).

**Autorizo al personal de Destiny Springs a notificar a mi representante en caso de aislamiento o restricción.**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique el nombre y el número de teléfono del representante:

**Aviso de prácticas de privacidad y Autorización para divulgar información:** Reconozco que este centro me ha proporcionado una copia de su *Aviso de prácticas de privacidad*. Autorizo al centro, a los médicos y a otros proveedores autorizados que presten servicios a divulgar mi información médica protegida (PHI) tal y como la ley HIPAA la define, con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica a terceros, incluidos, entre otros, compañías de seguros, planes de salud (también los programas de salud del gobierno, como Medicare y Medicaid) o a compañías de indemnización por accidentes laborales que puedan ser responsables del pago de los servicios ("terceros pagadores"). La PHI que se divulgue puede incluir información sobre mi tratamiento, atención médica, historial médico, información de facturación y otra información recibida u obtenida por el centro y conservada de cualquier forma, incluida la información escrita, oral o mantenida electrónicamente.

**Notificación de supervisión clínica para el terapeuta o trabajador social asignado**

Entiendo que mi trabajador social o terapeuta puede estar trabajando bajo la supervisión de un profesional con licencia independiente cuya información de contacto se puede obtener comunicándose con el **director de servicios clínicos al 623-233-3000**. También entiendo que los detalles de mi tratamiento pueden discutirse durante las sesiones de supervisión clínica de mi terapeuta con su supervisor clínico y que un supervisor clínico puede estar presente durante las sesiones de tratamiento para observar a mi terapeuta. Autorizo la divulgación de mi información clínica con fines de supervisión clínica de mi terapeuta asignado.

Confidencialidad: *Los registros de identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de cualquier paciente que se mantengan en relación con el desempeño de cualquier actividad de prevención del abuso de drogas realizada, regulada o asistida directa o indirectamente por cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos serán (...) confidenciales (capítulo 1, parte 2.2(a) del título 42 del CFR).*

**Intercambio de información de salud:** Reconozco que he recibido y leído el *Aviso de prácticas relacionadas con la información de salud*. Entiendo que este centro participa en Health Current, la organización de intercambio de información sanitaria (HIE) de Arizona. Entiendo que mi información de salud puede compartirse de forma segura a través del HIE, a menos que complete y envíe un formulario de renuncia a este centro.

**Facturación de hospitales, médicos y otros profesionales:** Entiendo que cada médico, grupo médico u otro profesional que me preste servicios profesionales mientras me encuentre en el centro, incluidos los médicos del centro y otros profesionales de la salud asociados (denominados colectivamente “profesionales”), facturarán y cobrarán sus servicios profesionales por separado y de forma independiente del centro. Las presentes *Condiciones de Ingreso* se aplican a los servicios prestados tanto por los profesionales como por el centro. También entiendo que tengo derecho a solicitar una explicación de los procesos de facturación del centro y los profesionales, además de sus listados de tarifas por los servicios que pueda recibir.

**Traspaso de beneficios y derecho de acción:** A cambio de los servicios que se prestarán, hago los siguientes traspasos irrevocables al centro o a los profesionales:

**Traspaso de beneficios del seguro médico:** Cedo irrevocablemente al centro y a los demás profesionales de la salud que me presten servicios todos los beneficios pagaderos por los servicios que me preste cada parte pagadera por un tercero pagador, incluidos, entre otros, una compañía de seguros médicos, un plan de salud, un programa de indemnización de los trabajadores, un plan de la Ley de seguridad de los ingresos de jubilación para los empleados (ERISA) o cualquier otra entidad responsable del pago de la factura del paciente al centro. El presente traspaso se extiende al importe total de las facturas del centro, con los intereses permitidos por la ley.

**Traspaso de los ingresos por daños personales:** Cedo y transfiero mi derecho a recibir los beneficios que me corresponden en virtud de las pólizas que se describen a continuación al centro y a los médicos que participan en mi atención. Las pólizas pueden incluir beneficios pagaderos bajo la protección de lesiones personales, pago médico, no asegurados o subasegurados, o disposiciones de responsabilidad civil de cualquier póliza de seguro bajo la cual tengo derecho a recibir beneficios relacionados con el suceso que causó o contribuyó a las lesiones o afección que están tratando el centro o los profesionales. Entiendo y reconozco que este traspaso incluye el importe total de mis facturas del centro, incluidos los intereses permitidos por la ley.

**Traspaso de reclamaciones y derecho de acción:** Entiendo que este traspaso de beneficios le da al centro y a los profesionales el derecho a recibir el pago directamente de mi tercero pagador por los servicios prestados a mí o a la persona designada a continuación como paciente para este ingreso. A cambio de los servicios prestados por el centro y los profesionales, cedo y transfiero a estas partes todos los derechos, títulos e intereses sobre todos los beneficios pagaderos por la atención de salud prestada, que están contemplados en las pólizas de seguro y los planes de beneficios de salud por los que mis dependientes o yo tenemos derecho a cobrar. Este traspaso y cesión tienen por finalidad conceder al centro y a los profesionales un derecho independiente de recuperación frente a mi tercero pagador, pero no se deben interpretar como una obligación de dichas partes de ejercer tal derecho o recuperación. En ningún caso el centro o los profesionales tendrán derecho a retener beneficios superiores a la cantidad que se les adeude por la atención y el tratamiento prestados durante este ingreso.

**Pagadores secundarios:** Entiendo que las pólizas de seguro médico bajo las que estoy cubierto son pagadores secundarios a cualquier póliza de responsabilidad civil existente o cualquier otra fuente de pago que pueda cubrir o cubrirá los gastos incurridos por los servicios y el tratamiento.

**Designación de agente:** Designo al centro, a los profesionales y a cualquier agente que actúe en su nombre como mis representantes autorizados para presentar reclamaciones, sanciones y remedios administrativos o legales en mi nombre para el cobro a cualquier tercero pagador responsable o tercero responsable de todos los beneficios que se me adeuden por el pago de los cargos relacionados con mi tratamiento. He leído y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este traspaso de beneficios, y he firmado este documento libremente y sin ningún incentivo, salvo la prestación de servicios por parte del centro, los médicos del centro y otros médicos y profesionales de la salud afiliados.

**Acuerdo financiero:** Acepto, ya sea que firme como padre, garante, agente o paciente, que en consideración a los servicios prestados por el centro y los profesionales, pagaré sin demora todas las facturas del centro o los profesionales de acuerdo con los cargos estándar de cada parte por dichos servicios y, si corresponde, las políticas de atención de caridad y descuentos del centro o los profesionales, y de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables. En caso de que mi cuenta sea remitida a un abogado o a una agencia de cobranza para su cobro, pagaré los honorarios del abogado y los gastos de cobranza. Entiendo que a todas las cuentas morosas se les pueden cobrar intereses al tipo legal. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación, incluida la puntuación de la agencia de crédito, y sujeta a revisión por parte de agencias federales o estatales, y otras según sea necesario. Autorizo a mi empleador a entregar pruebas de mis ingresos al centro o a un profesional si así se solicita. Entiendo que si alguna información que he entregado resulta ser falsa, el centro o un profesional pueden reevaluar mi situación financiera y tomar las medidas pertinentes.

**Atención de caridad y pagos descontados:** Si no tiene seguro médico, puede optar a una ayuda económica. Para obtener más información, comuníquese con la oficina comercial del centro.

**Autorización para recibir mensajes y llamadas automáticas:** Concedo al centro y a los profesionales (también sus agentes de facturación y agentes de cobro de terceros) permiso para ponerse en contacto conmigo por teléfono al número o números que proporcioné durante el proceso de inscripción, o en cualquier momento en el futuro, incluidos los números de teléfono inalámbricos que puedan suponer cargos para mí. Tanto el centro como los profesionales, incluidos sus respectivos agentes, pueden dejarme mensajes en estos números y pueden enviar mensajes de texto o comunicaciones por correo electrónico utilizando la dirección de correo electrónico o la dirección que yo facilite. Estos mensajes de voz, correo electrónico y comunicaciones de texto pueden incluir información exigida por la ley (incluidas las leyes de cobro de deudas) relacionada con las cantidades que debo al centro o a los profesionales y mensajes relacionados con mi atención y tratamiento continuados. También entiendo que el centro y sus agentes, incluidas las agencias de cobranza de deudas, pueden utilizar mensajes de voz pregrabados o artificiales o un dispositivo de marcación automática para enviar mensajes relacionados con mi cuenta y cualquier saldo pendiente. También autorizo al centro y a sus agentes a utilizar el número o números proporcionados para dichos mensajes pregrabados o de marcación automática. Si quisiera limitar estas comunicaciones a un número de teléfono específico, entiendo que debo solicitar que solo se utilice un número designado para estos fines.

**Certificación y autorización de Medicare para divulgar información de pago y solicitudes de pago:** Certifico que toda la información que he proporcionado al solicitar el pago en virtud del título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Medicare) es correcta. Si corresponde, autorizo al centro, a los médicos del centro o a cualquier otro proveedor de atención de salud que tenga información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar cualquier información necesaria para esta reclamación o una reclamación relacionada de Medicare a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías. Solicito que se efectúe en mi nombre el pago de los beneficios autorizados.

**Consentimiento para la divulgación de información** El abajo firmante autoriza al centro a divulgar toda la información del paciente, incluida la información específica sobre el diagnóstico, el tratamiento y el progreso con respecto a cualquier afección física, psiquiátrica o relacionada con el consumo de drogas o alcohol por la que el paciente esté recibiendo tratamiento, incluido el tratamiento para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, mientras se encuentre en el centro, a cualquier compañía de seguros o terceros pagadores, o al representante que brinde cobertura para este ingreso, o a cualquier representante del centro; por ejemplo, los empleados del centro, los médicos tratantes y otros profesionales u organizaciones de atención de salud. Esta información no podrá ser divulgada a ninguna otra persona o entidad a menos que el abajo firmante así lo autorice.

El abajo firmante reconoce que la divulgación se limitará a la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones legales o contractuales de las personas o entidades a las que se divulgue la información.

El abajo firmante también autoriza al centro a divulgar información con el fin de obtener la autorización previa para el tratamiento y la revisión concurrente. Esta divulgación incluye información divulgada a agencias de revisión médica, o a terceros pagadores que proporcionen cobertura o tengan responsabilidad por este ingreso.

La confidencialidad de los expedientes de los pacientes que consumen alcohol o drogas está protegida por las leyes y normativas federales (parte 2 del título 42 del CFR). El centro no puede divulgar información a ninguna persona ajena al centro que pudiera identificar a un paciente como consumidor de alcohol o drogas, a menos que el paciente haya dado su consentimiento por escrito, la divulgación esté permitida por una orden judicial, o que se haga a personal médico u otro personal cualificado de acuerdo con la normativa federal.

Las leyes y normativas federales no protegen la información relativa a un delito o a una amenaza de delito, o cualquier información sobre sospechas de maltrato o abandono de menores, para que no se comunique a las autoridades estatales o locales competentes.

El abajo firmante certifica que ha leído el presente documento, que ha recibido una copia del mismo y que es el paciente o su padre, madre o tutor legal (si el paciente es menor de edad), o que está debidamente autorizado por el paciente como agente general de este para ejecutar sus términos. Al firmar a continuación, la persona presenta una solicitud de ingreso ante el administrador de Destiny Springs Healthcare.

**Derecho a rechazar atención, tratamiento y servicios:** El equipo terapéutico de Destiny Springs lo hará participar en la planificación del tratamiento y le dará recomendaciones al respecto para brindarle el mayor apoyo posible en la recuperación a largo plazo. Esto podría incluir recomendaciones sobre medicamentos, terapias u otros tratamientos. Cada paciente o tutor tiene derecho a rechazar cualquier o todos los componentes de la atención, el tratamiento o los servicios. En caso de rechazo categórico y a largo plazo de la atención, el tratamiento y los servicios, el equipo terapéutico considerará la capacidad del hospital para atender mejor las necesidades del paciente, y posiblemente analice otras opciones, como la tutela o el alta terapéutica.

**Contrato para fumadores o consumidores de tabaco (solo para adultos):** Solicito privilegios para fumar o consumir productos de tabaco durante mi ingreso en Destiny Springs Healthcare. Entiendo que se trata de un privilegio, no de un derecho, y que debo respetar las directrices por mi seguridad y la de los demás pacientes. También entiendo que el incumplimiento de las directrices puede dar lugar a la pérdida de los privilegios en cualquier momento.

---

Nombre impreso del paciente	Firma	Fecha y hora
-----------------------------	-------	--------------

---

Impreso para padres/tutores <i>(si corresponde)</i>	Firma	Fecha y hora
---	-------	--------------

---

Nombre del personal impreso	Firma	Fecha y hora
-----------------------------	-------	--------------

**PARA USO EXCLUSIVO EN EL CONSULTORIO U HOSPITAL**

*Consentimiento verbal dado por el paciente o tutor legal (si corresponde) con la firma de 2 testigos.*

---

Testigo 1: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora
--	--------------

---

Testigo 2: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora
--	--------------

---

**\* Cualquier pregunta o inquietud con respecto a la facturación del seguro o a los acuerdos de pago debe discutirse con nuestros representantes de cuentas de pacientes en la oficina comercial al (623) 233-3000.**

---

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS: RECONOCIMIENTO DE APODERAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD**

Destiny Springs Healthcare respetará la voluntad del paciente en cuanto a instrucciones anticipadas, la designación de un apoderado de la salud y cualquier otra solicitud detallada en un documento legal. Además, si un paciente no tiene instrucciones anticipadas, pero quisiera tenerlas, el hospital le brindará información para conseguir dicho documento.

SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo un documento de instrucciones anticipadas para la atención médica.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo un documento de instrucciones anticipadas para tratamientos de salud mental.
<b>He designado a un apoderado para la atención de la salud o un representante que tomará las decisiones en mi nombre.</b>  <u>SI LA RESPUESTA ES "SÍ", nombre del apoderado de atención de la salud o el representante para la toma de decisiones:</u>  Nombre: _____ Número de teléfono: _____  <u>Si el paciente tiene un tutor legal:</u>  Nombre: _____ Número de teléfono: _____		
SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si su respuesta es "sí" a alguna de las preguntas anteriores, ¿puede proporcionar al centro una copia de las instrucciones anticipadas?
SÍ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si no tiene un documento de instrucciones anticipadas o un apoderado para la atención de la salud, ¿quiere redactar un documento de instrucciones anticipadas, designar a un apoderado para la atención de la salud o nombrar a un representante para la toma de decisiones?

¿El paciente entregó una copia de sus instrucciones anticipadas?      Sí       No

¿El paciente entregó una copia de apoderamiento para la atención de la salud?      Sí       No

Nombre impreso del paciente      Firma      Fecha y hora

Impreso para padres/tutores *(si corresponde)*      Firma      Fecha y hora

Nombre del personal impreso      Firma      Fecha y hora

<b>PARA USO EXCLUSIVO EN EL CONSULTORIO U HOSPITAL</b>	
<i>Consentimiento verbal dado por el paciente o tutor legal (si corresponde) con la firma de 2 testigos.</i>	
_____	_____
Testigo 1: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora
_____	_____
Testigo 2: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora





**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LLAMADAS TELEFÓNICAS O VISITAS**

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>N.º de identificación del paciente:</b>	<b>Unidad:</b>
-----------------------------	--	----------------

Por el presente, autorizo a las personas indicadas a continuación para participar en las llamadas telefónicas y las visitas. Entiendo que es mi responsabilidad dar a estas personas el número de identificación del paciente. También entiendo que, si el número de identificación del paciente no figura en este formulario, las llamadas telefónicas y las visitas no serán aprobadas. Esta lista puede actualizarse en cualquier momento durante la estadía del paciente. La identificación de los visitantes (documento de identidad con fotografía, expedido por el gobierno) se verificará antes de la visita en el caso de los visitantes mayores de 18 años.

Este formulario no autoriza la divulgación de información. La información sobre el tratamiento del paciente solo se compartirá con una autorización firmada para divulgar los expedientes médicos, de salud mental y de adicciones.

**Por el presente, autorizo a las siguientes personas a participar en las llamadas telefónicas o las visitas.**

NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO
<b>Padre o tutor legal 1</b> <i>(si corresponde)</i>		
<b>Padre o tutor legal 2</b> <i>(si corresponde)</i>		
<b>Contacto primario</b> <i>(si corresponde)</i>		
<b>Contacto secundario</b> <i>(si corresponde)</i>		

NOMBRE DE LA PERSONA	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	¿LLAMADAS TELEFÓNICAS?	¿VISITAS?

**Para proteger la confidencialidad del paciente, no se aceptan envíos de flores ni otros arreglos.**

---

Nombre impreso del paciente	Firma	Fecha y hora
-----------------------------	-------	--------------

---

Impreso para padres/tutores <i>(si corresponde)</i>	Firma	Fecha y hora
---	-------	--------------

---

Nombre del personal impreso	Firma	Fecha y hora
-----------------------------	-------	--------------

PARA USO EXCLUSIVO EN EL CONSULTORIO U HOSPITAL	
<i>Consentimiento verbal dado por el paciente o tutor legal (si corresponde) con la firma de 2 testigos.</i>	
_____	_____
Testigo 1: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora
_____	_____
Testigo 2: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fechas del servicio solicitado: \_\_\_\_\_

**SOLICITO LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA LOS SIGUIENTES FINES (Marque a continuación)**

Legal	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas/servicio militar	<input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad
Empleo	<input type="checkbox"/> Coordinación de la atención	<input type="checkbox"/> Académico	<input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SEA DIVULGADA POR:</b> <b>Destiny Springs Healthcare</b> 17300 N. Dysart Rd. Surprise, AZ 85378 Teléfono: (623) 233-3000 Fax: (623) 399-1239 <a href="mailto:medicalrecords@destinysprings.com">medicalrecords@destinysprings.com</a>	<b>AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SEA DIVULGADA A:</b>			
	Nombre/agencia/credenciales _____			
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
	Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico	

**DIVULGUEN MI INFORMACIÓN: (Marque a continuación)**

SOLO DE FORMA VERBAL      
 POR CORREO ELECTRÓNICO SEGURO      
 POR CORREO POSTAL      
 PARA SU RECOGIDA      
 POR FAX AL \_\_\_\_\_

**AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE EXPEDIENTES (Se requieren las iniciales a continuación)**

\_\_\_\_\_ Alcohol/consumo de sustancias o tratamiento por abuso de estas/remisión  
 \_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual  
 \_\_\_\_\_ Tratamiento relacionado con el VIH/SIDA

**AUTORIZO O SOLICITO QUE SE DIVULGUE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: (Marque a continuación)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta         | <input type="checkbox"/> Evaluaciones iniciales                |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso        | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio o diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Extractos de facturación | <input type="checkbox"/> Transición de la atención             |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica  | <input type="checkbox"/> Historial e informe físico            |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____              |  |

**SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

Con mi firma, reconozco que entiendo lo siguiente:

- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria y no es una condición para recibir servicios en este lugar.
- Entiendo los asuntos tratados en este formulario y que puedo recibir una copia de dicho formulario. Libero al proveedor y a sus empleados de toda responsabilidad relacionada con la divulgación de mi información en virtud de esta solicitud.
- Sus expedientes están protegidos por las normas federales que regulan la confidencialidad de los expedientes de consumo de alcohol y drogas (**parte 2 del título 42 del CFR y partes 160 y 164 del título 45 del CFR sobre la ley HIPAA**), que prohíben su divulgación sin un consentimiento por escrito, a menos que así lo dispongan las leyes o normas.
- En caso de no estar sujeto a las normas de confidencialidad federales, estatales o de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), soy consciente de que el destinatario puede volver a divulgar mi PHI sin mi permiso.

_____ Nombre impreso del paciente	_____ Firma	_____ Fecha y hora
_____ Impreso para padres/tutores (si corresponde)	_____ Firma	_____ Fecha y hora
_____ Nombre del personal impreso	_____ Firma	_____ Fecha y hora

**Tiene derecho a revocar esta autorización, mediante una solicitud por escrito, en cualquier momento.** La presente autorización expirará el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o transcurrido un año desde la fecha de su firma. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Una vez divulgada la información anterior, es posible que el destinatario vuelva a divulgarla y que deje de estar protegida por la normativa federal. Su derecho a revisar y recibir una copia de la información que se va a divulgar. La decisión de no firmar esta autorización impedirá que se cumpla la finalidad arriba indicada. Firma de revocación: \_\_\_\_\_ Fecha y hora de la firma \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS DEL PACIENTE****RECONOCIMIENTO DE SU PRESENCIA**

Todos los pacientes tienen derecho a recibir visitas y llamadas telefónicas autorizadas mientras sean pacientes de Destiny Springs Healthcare. Por ejemplo, el personal puede recibir llamadas telefónicas preguntando por el paciente de personas que lo conocen y están preocupadas por él. Sin la aceptación del paciente, no confirmaremos ni denegaremos su presencia en nuestro centro.

Para proteger la privacidad y confidencialidad del paciente, el centro asignará un código numérico de confidencialidad para cada ingreso. En el momento del ingreso, se le indicará al paciente su código numérico confidencial y se le informará de su responsabilidad de entregarlo a las personas que considere adecuadas.

No se reconocerá la presencia actual o pasada del paciente en el centro a ninguna persona que no tenga el código numérico correcto (esto incluye hablar con los pacientes o visitarlos, por teléfono o en persona, aceptar objetos personales en el mostrador de la recepción, hacer consultas telefónicas, etc.). Incluso cuando se da el código correcto, la información específica relativa a la atención y el tratamiento del paciente no puede comunicarse a nadie sin el consentimiento por escrito del paciente o del representante autorizado para dar el consentimiento, como se ha indicado anteriormente.

- Doy mi consentimiento para que Destiny Springs Healthcare informe al médico que atiende al paciente o a las fuentes de referencia sobre el ingreso del paciente y su evolución en el centro. También quiero recibir visitas y llamadas telefónicas mientras esté en Destiny Springs Healthcare.
- Solicito voluntariamente que Destiny Springs Healthcare mantenga el reconocimiento del paciente indicado a continuación en la más estricta confidencialidad y no divulgue información sobre el paciente a nadie. Por consiguiente, renuncio al derecho del paciente de recibir llamadas telefónicas y visitas, ya que la aceptación de estas supondría el reconocimiento de la presencia del paciente.

**ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL DEL PACIENTE, QUE DEBE INCLUIR:****DERECHOS DEL PACIENTE, POLÍTICA DE QUEJAS, NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES, AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD, MENSAJE IMPORTANTE PARA MEDICARE (SI CORRESPONDE), REGLAS SMI Y AVISO DEL PACIENTE SOBRE LA PROPIEDAD MÉDICA**

El abajo firmante reconoce que ha recibido de Destiny Springs Healthcare una copia del manual del paciente, que incluye el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA, los derechos del paciente (R9-10-212), la política de quejas, los números de teléfono importantes, el Aviso de prácticas de información de salud, el mensaje importante de Medicare, las reglas SMI y el Aviso del paciente sobre la propiedad médica. He/hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas para obtener más explicaciones.

---

Nombre impreso del paciente	Firma	Fecha y hora
-----------------------------	-------	--------------

---

Impreso para padres/tutores <i>(si corresponde)</i>	Firma	Fecha y hora
---	-------	--------------

---

Nombre del personal impreso	Firma	Fecha y hora
-----------------------------	-------	--------------

**PARA USO EXCLUSIVO EN EL CONSULTORIO U HOSPITAL**

*Consentimiento verbal dado por el paciente o tutor legal (si corresponde) con la firma de 2 testigos.*

---

Testigo 1: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora
--	--------------

---

Testigo 2: Nombre en letra de imprenta y firma	Fecha y hora
--	--------------

**ESTE FORMULARIO SOLO ES APLICABLE A TUTORES QUE NO PUEDAN PRESENTAR DOCUMENTACIÓN LEGAL QUE RESPALDE LA TUTELA, LA AUTORIZACIÓN LEGAL PARA LA TOMA DE DECISIONES O EL PODER DE REPRESENTACIÓN PARA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL.****\*\* ESTO NO INCLUYE A LOS PADRES BIOLÓGICOS O NATURALES QUE NO TIENEN LA TUTELA LEGAL O LA AUTORIZACIÓN LEGAL PARA LA TOMA DE DECISIONES NI AL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD INFANTIL (DCS). \*\***

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

De conformidad con la política de Destiny Springs Healthcare, los padres adoptivos o tutores legales deberán presentar documentación acreditativa de sus derechos de tutela legal o representación legal para la toma de decisiones.

Esto incluye a los padres biológicos que cuentan con autorización legal para la toma de decisiones con el otro progenitor.

Esta documentación debe presentarse íntegramente en el momento del ingreso. Si el tutor legal o los padres no pueden presentar esta documentación complementaria, deberán rellenar este formulario, en su totalidad, antes y durante el ingreso.

**DECLARACIÓN DE TUTELA LEGAL**

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

*(si hay un segundo tutor, rellene a continuación)*

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Tengo o tenemos la tutela legal del menor adolescente arriba mencionado y he o hemos mantenido la custodia exclusiva o los derechos para la toma de decisiones de índole psicológica desde el (*indique la fecha*) \_\_\_\_\_

Tengo conocimiento de que debo presentar la documentación que acredite la custodia, la autorización legal para la toma de decisiones o la tutela una vez recibida. Además, si se produce un cambio en la custodia, la autorización legal para la toma de decisiones o la tutela, debo informarlo por escrito y proporcionar documentación actualizada a Destiny Springs Healthcare.

La documentación puede presentarse en las siguientes direcciones.

**Correo postal:** 17300 N. Dysart Road Surprise, AZ 85378**Fax:** (623) 399-1239**Correo electrónico:** [intake2@destinysprings.com](mailto:intake2@destinysprings.com)

Nombre impreso del paciente

Firma

Fecha y hora

Nombre del personal impreso

Firma

Fecha y hora

**PARA USO EXCLUSIVO EN EL CONSULTORIO U HOSPITAL***Consentimiento verbal dado por el paciente o tutor legal (si corresponde) con la firma de 2 testigos.*\_\_\_\_\_  
Testigo 1: Nombre en letra de imprenta y firma\_\_\_\_\_  
Fecha y hora\_\_\_\_\_  
Testigo 2: Nombre en letra de imprenta y firma\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

## Notificación de Prácticas de la Información de la Salud

Usted está recibiendo esta notificación porque su proveedor de salud médica participa en una organización no gubernamental, sin fines de lucro, de intercambio de información de salud (HIE - por sus siglas en inglés) llamada Health Current, a Contexture la compañía. No le costará nada y podrá ayudar a su médico, proveedores de salud médica y sus planes de salud mejor coordinar su atención médica compartiendo de una manera segura su información de salud. Esta notificación explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos respecto al HIE conforme las leyes estatales y federales.

### De qué manera Health Current le ayuda a obtener mejor cuidado?

En un sistema de registro basados en papel, su información médica se envía por correo o fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si usted permite que su información de salud sea compartida mediante el HIE, sus médicos podrán acceder a su información electrónicamente de una manera segura y oportuna.

### Qué información de salud está disponible mediante Health Current?

El siguiente tipo de información de salud se podrá disponer:

- Registros hospitalarios
- Antecedentes médicos
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de laboratorio
- Informes radiológicos
- Información de las consultas clínicas y médicas
- Inscripción y elegibilidad en los planes de salud
- Otra información útil para su tratamiento

### Quién podrá ver y cuándo se podrá compartir su información de salud mediante Health Current?

Las personas que participan en su atención médica tendrán acceso a su información médica. Esto podría incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de salud médica, planes de salud y cualquier organización o persona trabajando en nombre de sus proveedores de salud y plan de salud. Ellos podrán acceder a su información para tratamiento, coordinación del cuidado, administración de casos o cuidados, transición de la planificación del cuidado, pagos de su tratamiento, conducir evaluaciones de calidad y actividades de mejora, desarrollar normas y protocolos clínicos, ejercer actividades de seguridad de los pacientes, y servicios de salud poblacional. Los examinadores médicos, las autoridades de salud pública, organizaciones de adquisición de órganos, y otros podrán acceder a la información de salud para ciertos fines aprobados, tales como investigaciones de muerte, investigaciones de salud pública, y la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos según sea permitido por las leyes vigentes.

Health Current también podrá usar su información de salud según lo requiere la ley como sea necesario para llevar a cabo los servicios para los proveedores de salud, planes de salud y otras personas participando con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current podrá ampliar las razones por las que los proveedores de salud y otros podrán acceder a su información de salud en el futuro mientras lo permita la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current [healthcurrent.org/permitted-use](http://healthcurrent.org/permitted-use).

Usted podrá autorizar a otros acceder a su información de salud mediante la firma de un formulario de autorización. Ellos sólo podrán acceder a la información de salud descrita en la forma de autorización para los fines indicados en el formulario.

**Recibe Health Current información de la salud conductual y si es así, ¿Quién la puede acceder?**

Health Current recibe información de la salud conductual, incluyendo los registros médicos de tratamiento de abuso de sustancias. La ley federal otorga protección especial de confidencialidad a los registros médicos de tratamiento para algunos programas de abuso de sustancias. Health Current mantiene los registros médicos protegidos del tratamiento de abuso de sustancias aparte del resto de su información de salud. Health Current solamente compartirá los registros médicos protegidos de tratamiento de abuso de sustancias que reciba de estos programas en dos casos. Uno, el personal médico podrá acceder a esta información en caso de una emergencia médica. Dos, usted podrá firmar un formulario de consentimiento para dar a su proveedor de salud médica u otros acceso a esta información.

**Cómo se protege su información de salud?**

Las leyes federales y estatales, tales como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información de salud. Se comparte la información mediante una transmisión segura. Health Current toma medidas de seguridad para evitar que alguien no autorizado tendrá acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

**Sus derechos respecto al Intercambio Seguro de Información Electrónica**

Usted tiene el derecho a:

1. Pedir una copia de su información de salud que está disponible mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica.
2. Pedir corregir toda información en el HIE. Si alguna información en el HIE esta incorrecta, usted puede pedirle a su proveedor de salud médica que corrija la información.
3. Pedir una lista de las personas que han visto a su información mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica. Favor de notificar a su proveedor de salud médica si usted cree que alguien que no debería ha visto a su información.

**Usted tiene derecho según el artículo 27, sección 2 por la Constitución de Arizona y los Estatutos Revisados de Arizona título 36, sección 3802 para prevenir que su información médica sea compartida electrónicamente mediante Health Current:**

1. Salvo que se provea según leyes estatales o federales, usted puede optar por la exclusión de tener su información compartida mediante Health Current. Para excluir su participación, pídale a su proveedor de salud médica por el formulario para optar por la exclusión. Su información no estará disponible para compartir mediante Health Current dentro de los treinta (30) días de cuando Health Current reciba el formulario para optar por la exclusión de su proveedor médico.

**Precaución:** Si usted se excluye, sus proveedores de salud médica no podrán acceder a su información de salud — incluso en una emergencia.

2. Si usted se excluye hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando el formulario para la inclusión y entregarlo a su proveedor de salud médica.
3. Si usted no hace nada hoy y permite que su información de salud sea compartida mediante Health Current, usted puede optar por la exclusión en el futuro.

**SI USTED NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA DE MANERA SEGURA MEDIANTE HEALTH CURRENT.**



healthcurrent

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE  
SALUD MENTAL Y DROGADICCIÓN  
(PARA PROVEEDORES TRATANTES)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, permito que todos mis proveedores de servicios médicos anteriores, actuales y futuros en donde haya recibido tratamiento de salud mental, incluido cualquier tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, divulguen mi información a Health Current, el intercambio de información de salud (HIE, por su sigla en inglés) estatal y a la organización que se indica aquí:

Destiny Springs Healthcare, LLC

623-233-3000

Nombre de la organización de servicios médicos relacionada con el tratamiento	Número de teléfono		
17300 N Dysart Rd.	Surprise	AZ	85378
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Recibo (o recibiré) tratamiento de esta organización. El propósito de esta divulgación es para:

- Mi tratamiento;
- El pago de mi tratamiento (por ejemplo, empresas de facturación de seguros); y
- Actividades de servicios médicos (por ejemplo, mejorar la calidad de atención para los pacientes, organizar la atención de los pacientes, actividades para la seguridad de los pacientes y otras actividades necesarias para dirigir una organización de servicios médicos).

Autorizo la divulgación de toda mi información médica para estos propósitos, incluida la información de salud mental y la información sobre trastornos por consumo de sustancias (p. ej., tratamiento para la drogadicción y el alcoholismo), mi historia clínica, el diagnóstico, los registros hospitalarios, la información sobre consultas médicas y clínicas, los medicamentos, las alergias, los resultados de laboratorio, los informes radiológicos, la salud sexual y reproductiva, la información relacionada con enfermedades contagiosas y la información relacionada con el VIH/SIDA.

Comprendo que la organización que se menciona anteriormente obtendrá esta información sobre mí a través de Health Current, el HIE estatal. Comprendo que si anteriormente opté por que no se comparta mi información médica a través del HIE, este formulario cambiará esa decisión. Comprendo que si firmo este formulario, acepto que se comparta mi información médica a través del HIE. Comprendo que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento.

Comprendo que puedo retirar o cancelar este consentimiento para compartir mi información en cualquier momento, excepto cuando alguien ya se haya basado en mi consentimiento para divulgar la información. Si deseo cancelar mi consentimiento o si tengo preguntas, me comunicaré con la organización a través de la información de contacto que se menciona anteriormente. **A menos que cancele este consentimiento antes, este finalizará automáticamente en el transcurso de un año a partir de la fecha de mi firma.** Comprendo que mi información sobre el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias seguirá estando protegida por la ley federal después de que se divulgue.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/de la madre/del tutor (Si el paciente es un niño/una niña menor de 18 años)\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Tanto el niño/la niña como el padre/la madre/el tutor deben aceptar divulgar la información sobre trastornos por consumo de sustancias del niño/de la niña, a menos que este/a esté casado/a, no tenga hogar o se haya emancipado.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que toma las decisiones en cuanto a la atención médica del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Si un tribunal declaró al paciente como incompetente o si este falleció)

**Notificación para el destinatario de la información sobre trastornos por consumo de sustancias: El 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.**

Consentimiento para divulgar información sobre salud conductual y abuso de sustancias (adolescentes)

Página 1 of 1 | 16 de 16