

Consentimiento anual para la atención

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Este formulario de consentimiento se aplica al Centro de Salud Comunitario del Condado de Knox (KCCHC) que opera como un acuerdo de atención médica clínicamente integrado compuesto por KCCHC y profesionales colectivamente. Todas las entidades que son propiedad de KCCHC o que son operadas por KCCHC y todos los profesionales asociados con KCCHC compartirán la información médica de los pacientes según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica según lo permitan las leyes estatales y federales. El KCCHC ofrece servicios médicos, dentales, de salud mental y de salud conductual que puedo utilizar como paciente del KCCHC.

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA: Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones informadas sobre mi tratamiento de atención médica. Doy mi consentimiento para que los profesionales de la salud de KCCHC realicen los servicios y tratamientos adecuados, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico / dental que el médico tratante nombrado u otro miembro del personal médico / dental considere necesario. Entiendo que la práctica de la medicina / dental / salud conductual no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos, lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se me han dado garantías como resultado de ningún examen o tratamiento. Entiendo que es costumbre que no se realicen procedimientos sustanciales en un paciente a menos que y hasta que haya tenido la oportunidad de discutirlos con el médico u otro profesional de la salud y el paciente haya dado su consentimiento informado para ese procedimiento en particular. Cada paciente tiene derecho a dar su consentimiento, o a negarse a consentir, a cualquier procedimiento o curso terapéutico propuesto. Entiendo que mi profesional de la salud trabaja en equipo, y que con el fin de brindarme la mejor atención, mi médico tratante y otros profesionales de la salud pueden consultar o hacer referencias a profesionales de otras especialidades, según corresponda, como otros médicos, dentistas / cirujanos orales, farmacéuticos, dietistas y / o terapeutas, etcétera, incluida la obtención de mi historial de medicamentos de varias bases de datos de recetas. Sé que puedo hacerle preguntas sobre mi tratamiento a cualquier profesional de la salud de KCCHC que me trate.

Entiendo que algunos médicos del personal de la KCCHC no son empleados ni agentes de la KCCHC, sino contratistas independientes a quienes se les ha otorgado el privilegio de usar las instalaciones para la atención y el tratamiento de sus pacientes.

KCCHC participa en uno o más Intercambios de Información de Salud. Sus profesionales de la salud pueden usar esta red electrónica para proporcionar acceso seguro a sus registros de salud para obtener una mejor imagen de sus necesidades de salud. KCCHC y otros proveedores de atención médica pueden permitir el acceso a su información de salud a través del Intercambio de Información de Salud para tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica de acuerdo con las regulaciones federales. Se trata de un acuerdo voluntario. Puede optar por no participar en cualquier momento notificando al administrador de la oficina de KCCHC.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO: Entiendo que se cobran por los servicios de KCCHC proporcionados por el personal del centro de salud y sus médicos / dentistas afiliados y profesionales de la salud conductual. Estos cargos están cubiertos por el seguro u otro reembolso de terceros de cualquier tipo, por la presente autorizo la asignación de estos beneficios a KCCHC y sus médicos / dentistas afiliados. Además, autorizo a la KCCHC a divulgar cualquier información de mis registros médicos/dentales a asistencia médica, Medicaid, Medicare, otros pagadores gubernamentales, compañías de seguros privadas o planes u organizaciones que actúen en su nombre, según sea necesario para determinar beneficios y procesar reclamaciones y otras personas involucradas en el cobro de cuentas.

La política de la KCCHC es proporcionar servicios médicos, de salud mental, de salud conductual y dentales esenciales, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Entiendo y acepto que algunos servicios prestados se basan en mi capacidad de pago. Si califica, se puede aplicar un descuento a los saldos de copago, coseguro y/o deducible que sean mayores que la tarifa nominal. Para calificar para la "escala móvil de tarifas", debo proporcionar prueba de los ingresos del hogar y la ocupación del hogar. Si el pago de otros servicios está determinado por y se basa en una escala móvil de tarifas, entiendo que soy responsable de mi parte del costo de los servicios prestados en el momento del servicio y que la falta de proporcionar "prueba de ingresos" resultará en que se me cobre el 100% del costo de los servicios recibidos y / o prestados. Además, entiendo que el incumplimiento de mis responsabilidades por el pago de los servicios prestados puede resultar en la suspensión de las citas.

ATENCIÓN PADRES Y TUTORES: Si usted está firmando en nombre de un menor (definido como un paciente de 18 años o menos en la mayoría de las situaciones de tratamiento), tenga en cuenta que bajo ciertas circunstancias, las leyes estatales y federales pueden determinar que el menor controla la información de salud protegida relacionada con ciertos aspectos del cuidado o tratamiento del menor. En este caso, KCCHC no puede divulgar la información de salud protegida aplicable sin el consentimiento por escrito del menor.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido este formulario, o que me lo han leído y explicado. Entiendo que tengo derecho a revocar/retirar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Mi revocación será efectiva, excepto en la medida en que KCCHC haya tomado medidas basándose en mi consentimiento para el uso o divulgación de mi información de salud. La provisión de tratamiento futuro puede ser retirada si retiro mi consentimiento.

Firma del Paciente/Responsable

Relación (si no es el paciente)

Fecha



PATIENT INFORMATION REGISTRATION

Questions below are mandatory. By not completing this form could delay care.

Are you currently pregnant? Yes No N/A

Would you like to become pregnant within the next 12 months?
 Yes No N/A

Marital Status: Single Married Widowed
 Legally Separated Divorced Life Partner Other

For Patients 12 and Older ONLY I am under 12 years old
Sexual Orientation: Straight or Heterosexual Lesbian, Gay or Homosexual
 Bisexual Other Don't Know Decline to answer

For Patients 12 and Older ONLY I am under 12 years old
Gender at Birth: Male Female Other: _____
Current Gender Identity:
Do you think of yourself as:
 Male
 Female
 Transgender (please specify):
 Female-to-Male
 Male-to-Female
 Genderqueer, neither exclusively male nor female
 Other/ Additional gender category
 Unknown
 Decline to answer

What are your pronouns?
 She/Her/Hers He/Him/His They/Them/Their Other

Are you a Veteran? Yes No

Are you a **Migrate Worker**? Yes No Seasonal

Living Arrangements: Are you homeless? Yes No
If yes, where are you living? Permanent Residence Shelter
 Transitional Doubling up Street Other

Do you live within Mount Vernon City limits? Yes No



PATIENT INFORMATION REGISTRATION

Questions below are mandatory. By not completing this form could delay care.

What **Advanced Directives** do you have:

- Living Will
- Durable Power of Attorney
- Health Care Proxy
- None
- Decline to answer
- Legal Guardian

If Yes, please provide a copy of document.

INFORMATION FOR STATISTICAL REPORTING ONLY:

List the number of people living in your home (Including yourself): _____

Annual Household Income (please check one):

- Less than \$15,000
- \$15,000 to \$24,999
- \$25,000 to \$34,999
- \$35,000 to \$49,999
- \$50,000 or more

Complete if patient is 18 years of age or younger, attending school, or has a legal guardian:

For all minor patients (18 years of age or under), legal guardians will be asked to show documentation to prove that a legal relationship exists. This is for both the safety of the child and guardian and to ensure that the legally appointed parent or guardian is responsible for making medical decisions on behalf of the minor. Applicable legal documents pertaining to custody, divorce, separation, adoption or name change of parent of child are required.

Parent / Guardian Name: _____

Relationship to Patient: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Current Custody Status:

- Parents
- Sole Parental Custody
- Joint Legal Custody
- DSS Custody
- Other

Mailing Address (if different than patient):

PRAPARE

Nombre del paciente: _____ Date de nacimiento: _____

<p>¿Le preocupa perder su vivienda?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta</p>	<p>¿Eres un refugiado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta</p>
<p>¿Te sientes física y emocionalmente seguro en el lugar donde vives actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Opté por no responder a esto</p>	<p>En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Opté por no responder a esto</p>
<p>¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que has terminado?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de un título de escuela secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED</p> <p><input type="checkbox"/> Más que la escuela secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no responder a la pregunta</p>	<p>El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada. ¿Qué tan estresado estás?</p> <p><input type="checkbox"/> De ninguna manera <input type="checkbox"/> Un poco</p> <p><input type="checkbox"/> Algo bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no responder a la pregunta</p>
<p>¿La falta de transporte le ha impedido ir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? Marque todo lo que corresponda.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a las citas médicas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajar o conseguir cosas que necesito</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta</p>	<p>¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan y con las que te sientes cercano? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a reuniones de la iglesia o del club)</p> <p>Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> De 3 a 5 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5 o más veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta</p>
<p>En el último año, ¿usted o algún miembro de su familia con el que vive no ha podido obtener ninguno de los siguientes medicamentos cuando realmente lo necesitaba? Marque todo lo que corresponda.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No Comida</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No Servicios Públicos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No Ropa</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No Teléfono</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No Cuidado de niños</p> <p>Medicamentos o cualquier atención médica (médica, de salud mental, dental, de la vista)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí No Otro (por favor escriba) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Opté por no responder</p>	<p>En el último año, ¿has tenido miedo de tu pareja o expareja?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Inseguro</p> <p><input type="checkbox"/> No he tenido pareja en el último año</p> <p><input type="checkbox"/> Opté por no responder a esto</p>

Historial médico y dental del paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Alergias: No tengo ninguna alergia. _____ (inicial)

Tengo las siguientes alergias a medicamentos, ambientales o alimentarias (Escriba el nombre y el efecto que tuvo)

Alergia a medicamentos / ambiental / alimentaria	¿Qué sucede? (reacción)

¿Estás embarazada actualmente? No Sí

¿Te gustaría quedarte embarazada en los próximos 12 meses? No Sí

Historial médico: Verifique si tiene o ha tenido problemas / antecedentes con alguno de los siguientes:

Cardiaco

- Infarto
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Latidos cardíacos irregulares
- Accidente cerebrovascular / AIT
- Trasplante de corazón
- Válvulas cardíacas artificiales
- Marcapasos

Gastroenterología

- Úlceras sangrantes
- Diverticulitis
- Vesícula biliar
- GERD
- Hernia

Neurología

- Convulsiones

Salud Mental / Conductual

- TDA / TDAH
- Ansiedad
- Depresión
- Evento traumático / TEPT
- Otro: _____
- Adiciones: _____

Circulatorio

- Amputado
- Coágulos de sangre
- Enfermedad arterial periférica
- Enfermedad vascular periférica

Enfermedad infecciosa

- VIH
- SARM
- VRE
- Hepatitis

Musculoesquelético

- Artritis
- Gota
- Heridas abiertas
- Osteoporosis

Dental

- Encías sangrantes
- Rechinar dientes
- Dientes flojos / Empastes rotos
- Tratamiento periodontal
- Sensibilidad dental

Pulmones

- Asma
- EPOC
- Apnea obstructiva del sueño
- Embolia pulmonar
- Tuberculosis
- Pulmones

Renal

- Diálisis
- Nefropatía

Endocrino

- Enfermedad de la tiroides
- Diabetes

Cáncer

- Sin antecedentes de cáncer
- Sí, antecedentes de cáncer
- En caso afirmativo: Tipo: _____

Cirugías:

<u>Ejemplo:</u> Reemplazo de rodilla derecha	<u>¿Cuándo?</u> Hace 6 años

Firma del paciente o padre/tutor (si el paciente es menor de edad): _____ **Fecha**

Medicación Anual del Paciente/Lista de Medicamentos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

TODOS LOS PACIENTES: Esta información se mantendrá **en estricta confidencialidad** y se utilizará solo para una atención segura y adecuada. Proporcione el medicamento/nombre del medicamento, la dosis que toma y la frecuencia con la que toma el medicamento.

Los medicamentos utilizados durante el tratamiento pueden interactuar tanto con los medicamentos recetados como con los de venta libre, incluidos los suplementos herbales. Estas reacciones pueden dar lugar a **INTERACCIONES GRAVES**. Es **extremadamente** importante que informe a su proveedor de **cualquier** medicamento que esté tomando actualmente o que haya tomado para que esto pueda ser considerado en la planificación de su tratamiento.

Foster's Pharmacy, Conway's Pharmacy y Wal-Mart of Mt. Vernon son los preferidos por el Centro de Salud. La mayoría de las recetas se transmiten electrónicamente para su conveniencia. Enumere **Foster's Pharmacy, Conway's, Wal-Mart** u otra farmacia que prefiera.

Nombre de la farmacia: _____ Farmacia Ciudad: _____

Medicación:	Dosis	Con qué frecuencia	¿Por qué lo tomas?

Nombre del paciente o responsable: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o responsable: _____ Fecha: _____

Formulario de liberación de HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Entiendo y se me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad, que proporciona una descripción más completa de cómo se puede usar y divulgar mi información de salud protegida. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que KCCHC se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de notificación e información y que puedo obtener una copia revisada de la notificación solicitando una al centro de salud.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento notificando a KCCHC por escrito, excepto en la medida en que KCCHC haya tomado medidas basándose en mi consentimiento.

Haga una lista de los nombres de las personas con las que el médico/enfermero puede hablar sobre su información de salud:

_____	_____	_____
Nombre	Relación	Número de teléfono
_____	_____	_____
Nombre	Relación	Número de teléfono

Entiendo que KCCHC no discutirá mi atención médica o información de facturación con nadie que no figure en esta cuenta.

Entiendo que este consentimiento sustituye a cualquier otro consentimiento que pueda haber sido firmado.

_____	_____
Firma del paciente o representante del paciente	Fecha

_____	_____
Nombre impreso del paciente o representante del paciente	Relación con el paciente o la autoridad para actuar en nombre del paciente

KCCHC tiene mi permiso para dejar un mensaje en mis números de teléfono de contacto/contestador automático o teléfono celular con respecto a mis necesidades de atención médica. Sí No _____ Initials

Este consentimiento expirará un año a partir de la fecha de firma.



El paciente no se presenta Política de Cancelación de Citas

A nuestros valiosos pacientes: Nos esforzamos por brindar una excelente atención a nuestros pacientes. Para brindar atención de calidad a todos los pacientes, aplicamos una política de cancelación y no presentación del paciente. Todas las citas deben cancelarse 24 horas antes de la hora de su cita. Para cancelar su cita, llame al 740-399-8008 y deje su nombre, fecha de nacimiento y la fecha y hora de la cita que necesita cancelar.

Salud Médica/Dental/Conductual:

Si su cita se cancela menos de 24 horas antes de la hora de su cita, llega a una cita con más de 10 minutos de retraso o simplemente no se presenta a su cita programada, se le considerará "no presentado" para esa cita.

Después de tres (3) citas canceladas y/o citas que no se presentaron en un período de seis (6) meses, solo se le permitirá usar el Centro de Salud sin cita previa durante 6 meses.

Servicios de Cirugía Oral:

Después **de UNA** cita en la que no se presentó con el cirujano oral, se le pasará a la lista de espera hasta que haya disponibilidad

Padres y Tutores:

Si usted es padre o tutor de un menor, usted es responsable de las citas del menor y el mismo proceso se utilizará para la cita de no presentación de un menor.

He leído y entiendo la Política de No Presentación y Cancelación del Paciente para los Centros de Salud Comunitarios del Condado de Knox.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____ **Fecha:** _____



CONSENTIMIENTO PARA USAR AI SCRIBE DURANTE LOS ENCUENTROS

Paciente Name _____

Fecha de nacimiento _____

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible y, como parte de este compromiso, buscamos continuamente formas de mejorar nuestros servicios.

Nos gustaría informarles sobre una nueva tecnología que estamos utilizando llamada AI scribe. AI Scribe es una herramienta de inteligencia artificial (IA) que nos asiste durante los encuentros con los pacientes generando notas clínicas basadas en nuestras conversaciones. Esta herramienta nos permite centrarnos más en usted, el paciente, y menos en la documentación informática. La herramienta de IA no interactúa con usted directamente. Simplemente escucha la conversación y crea un resumen.

AI scribe es una herramienta que escucha la conversación durante la consulta y genera un resumen escrito o "nota" basada en esa conversación. Esta nota es revisada y aprobada por su médico.

Queremos asegurarle que su privacidad es nuestra máxima prioridad. La herramienta de IA se adhiere estrictamente a las pautas de cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) para garantizar que sus datos estén seguros y protegidos. Solo los profesionales de la salud involucrados en su atención tendrán acceso a estas notas.

Su participación es completamente voluntaria. Si está de acuerdo con el uso del escriba AI durante sus consultas, firme y feche el formulario a continuación. Si tiene alguna pregunta, no dude en discutirla con nosotros.

Yo, _____, doy mi consentimiento para el uso de AI Scribe durante mis encuentros/citas médicas.

Firma del paciente: _____ **Fecha:**

Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____ **Fecha:**



Consentimiento informado para los servicios de telesalud

Medicina / Dental / Salud Conductual

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en servicios de telesalud con el Centro de Salud Comunitario del Condado de Knox (KCCHC) como parte de las ofertas de servicios médicos, dentales o de salud conductual. Entiendo que los servicios de telesalud pueden incluir evaluación, valoración, consulta y/o planificación de tratamiento, y terapia. Se ha explicado cómo se utilizará la telemedicina y eso no es lo mismo que una visita directa al paciente / proveedor de atención médica. La telesalud se llevará a cabo principalmente a través de comunicaciones telefónicas, interactivas de audio y/o video.

Al firmar este consentimiento, estoy verificando que entiendo lo siguiente:

1. Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento para el servicio de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, ni poner en peligro la pérdida o el retiro de cualquier beneficio del programa al que de otro modo sería elegible.
2. Las leyes estatales y federales que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de mis sesiones es confidencial, tal como lo sería si estuviera en la clínica. Entiendo que la visita se transmite a través de líneas dedicadas y no puede ser accedida por personas no autorizadas.
3. Doy mi consentimiento para ser entrevistado por el proveedor de atención médica consultor. También entiendo que otras personas pueden estar presentes para operar el equipo de video y que se les aplicará el mismo estándar de confidencialidad para cualquier información obtenida.
4. Estoy de acuerdo en que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y las crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia de audio / video / computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o ir al hospital o centro de crisis más cercano. Al firmar este documento, reconozco que me han dicho que si tengo pensamientos suicidas debo llamar al 911, a las agencias de crisis locales del condado o a la Línea Nacional de Suicidio al 1-800-784-2433.
5. Entiendo que es posible que se realice un examen limitado durante la conferencia telefónica o de video y que tengo derecho a pedirle a mi proveedor de atención médica que interrumpa la conferencia en cualquier momento. Entiendo que algunas partes del examen pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica consultor.
6. Entiendo que puede haber problemas tecnológicos, como interrupciones o dificultades, que puedan ocurrir. Debido a esto, mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telesalud si consideramos que las conexiones de teleconferencia de audio/video no son adecuadas para la situación.
7. Entiendo que la facturación se realizará por parte del proveedor y el centro de atención médica en función de los servicios de telesalud proporcionados.

He leído este documento y comprendo los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre los servicios. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en una visita de telemedicina bajo las condiciones descritas en este documento.

Imprimir Nombre del paciente: _____ **DOB:** _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años): _____ **Fecha:** _____

Solo para uso en oficina:

In lieu of the required written consent or signatures of the beneficiary, verbal permission was requested and received prior to initiating the telehealth visit, having covered all elements of the Informed Consent.

Verbal consent given by: _____ Date: _____

Employee Name: _____ Date: _____