

emplify

HEALTH

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

Nombre del paciente: _____ N.o de registro médico: _____ Fecha de nac: _____

Con la implementación de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act), el consentimiento para la comunicación identifica con quiénes autoriza usted a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics que se comunique en su nombre. Estas comunicaciones pueden realizarse cuando la(s) persona(s) identificada(s) lo/la acompaña(n) a usted en su visita o se comunica(n) con nosotros por teléfono (incluso dejando un mensaje de voz), correo electrónico u otros métodos electrónicos.

Esto es especialmente útil en el caso de que haya una necesidad urgente de comunicarse con usted en relación con el manejo de su cita, diagnósticos, resultados o seguimiento de los medicamentos. Esta comunicación también puede incluir a cualquier persona que pueda ayudarle con sus finanzas.

El tipo de información revelada podría incluir: historial médico de información de diagnóstico y terapéutica, como la información relativa a salud mental, discapacidad del desarrollo, VIH y trastorno por consumo de sustancias, a menos que se especifique otra cosa a continuación.

Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics también desea comunicarle información de manera oportuna utilizando los medios más efectivos posibles, incluidos, entre otros, mensajes de texto y voz automatizados. La ley federal requiere que obtengamos su consentimiento por escrito antes de comunicarnos con usted a través de estos medios. Lea y firme al final del documento para que podamos comunicarnos con usted para estos propósitos importantes

Sección A. Comunicaciones confidenciales

☐ Me rehúso a recibir mensajes de voz detallados de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics para las comunicaciones confidenciales identificadas a continuación

☐ Autorizo a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics para dejar mensajes de voz detallados con respecto a:

☐ Información médica, incluyendo diagnósticos, resultados y planes de tratamiento.

Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐

Otros: _____

☐ Manejo de citas, incluida la programación, cancelación y reprogramación de citas

Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐

Otros: _____

Número telefónico preferido para dejar los mensajes: _____ ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

Sección B. Autorizaciones permitidas

☐ Rehúso que se comuniquen con otros aparte de mí mismo o mis tutores legales.

☐ Autorizo a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics para comunicarse con la(s) siguiente(s) persona(s) con respecto a:

Nombre: _____ Parentesco/Relación: _____ Tel.: _____
☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

Esta persona puede recibir información relacionada con:

☐ Información médica, incluyendo diagnósticos, resultados y planes de tratamiento.

Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐

Otros: _____

☐ Manejo de citas, incluida la programación, cancelación y reprogramación de citas

Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐

Otros: _____

☐ Mis datos de facturación y pago

Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐

Otros: _____

Nombre: _____ Parentesco/Relación: _____ Tel.: _____
☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

Esta persona puede recibir información relacionada con:

☐ Información médica, incluyendo diagnósticos, resultados y planes de tratamiento.

Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐

Otros: _____

☐ Manejo de citas, incluida la programación, cancelación y reprogramación de citas

Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐

Otros: _____

☐ Mis datos de facturación y pago
Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐
Otros: _____

Nombre: _____ Parentesco/Relación: _____ Tel.: _____
☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

Esta persona puede recibir información relacionada con:

☐ Información médica, incluyendo diagnósticos, resultados y planes de tratamiento.
Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐
Otros: _____

☐ Manejo de citas, incluida la programación, cancelación y reprogramación de citas
Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐
Otros: _____

☐ Mis datos de facturación y pago
Excluyendo: ☐ Salud conductual ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Trastorno por consumo de sustancias ☐ VIH ☐
Otros: _____

Sección C. Comunicaciones de facturación, pagos y cobranzas (Consentimiento de Ley Estadounidense de Protección al Usuario de Servicios Telefónicos, TCPA)

☐ **Me rehúso** a recibir mensajes de voz y texto automatizados de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics con respecto a mi información de facturación, pagos y cobranzas.

☐ **Doy permiso a** Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics **para que dejen mensajes de voz y texto automatizados con respecto a mi información de facturación, pagos y cobranzas.**

Mediante mi firma abajo, autorizo a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics, sus Afiliados y sus Socios comerciales (incluidos terceros y agencias de cobranzas externas) a comunicarse conmigo para diversos fines asociados con mi cuenta, incluido, entre otros, la cobranza de los pagos por los servicios prestados. Además, doy mi consentimiento para el uso de equipos marcadores automáticos de llamadas, mensajes de voz pregrabados o mensajes de texto enviados a los números y direcciones de correo electrónico actuales o futuros que proporcione a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.

Entiendo que:

- No estoy obligado a otorgar mi consentimiento como condición para comprar bienes y servicios de atención médica de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.
- Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento llamando a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics al 651-565-4531.
- Si mi información de contacto cambia, acepto informar inmediatamente a Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics llamando al 651-565-4531.
- Es posible que apliquen tarifas de mensajería estándar a dichas comunicaciones de Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics.

Número telefónico preferido para dejar los mensajes: _____ ☐ Casa ☐ Cel. ☐ Trabajo

Este consentimiento para la comunicación permanecerá vigente hasta que yo lo cambie o revoque. Solamente yo puedo cambiar a quienes se incluye en este formulario para comunicarse con Gundersen St. Elizabeths Hospital and Clinics con respecto a mi información médica o de facturación. En la ocasión de cambiar o revocar el consentimiento, yo mismo completaré otro formulario. Los contactos de emergencia no se incluyen en este consentimiento.

Entiendo que la revelación de copias de mi historia clínica o registros de facturación requiere un formulario de autorización especial firmado por mí o por mi representante legal.

Firma: _____ Fecha: _____
Si firma alguien que no es el paciente: ☐ Padre/Madre/Representante legal ☐ Agente de salud (Poder para la atención de la salud)