

Se le proporcionó al cliente/tutor la información contenida en éste consentimiento electrónicamente antes del inicio de los servicios. En éste momento, el cliente/tutor está dando su consentimiento verbal a la información marcada en el formulario.

Se le informó al cliente/tutor que los consentimientos se pueden ver en el sitio web de Arisa.

Nombre del cliente:

Fecha de Nacimiento:

SSN:

Identificación del seguro:

Dirección de correspondencia

Ciudad

Estado

Zip

Si aparece un apartado de correos arriba, escriba la dirección postal del cliente a continuación:

El paciente acepta OPT-IN para compartir su información de salud con Arisa Health o cualquiera de sus afiliados, incluidos Ozark Guidance, Mid-South Health Systems, Counseling Associates, Professional Counseling Associates y proveedores de atención médica afiliados. Para hacer esto, el paciente permite que Arisa Health y sus afiliados soliciten su información de salud a Arkansas Healthcare Transparency Initiative (HTI). La información provista por HTI puede incluir servicios de atención médica no proporcionados por Arisa Health o sus afiliados. Arisa Health y sus afiliados utilizarán la información del HIT para atender mejor sus necesidades de salud:

Al firmar este Consentimiento, el paciente RECONOCE, AUTORIZA y ACEPTA lo siguiente:

La información de salud de HTI, incluidos los reclamos de atención médica, la inscripción, los registros de nacimiento/defunción, alta hospitalaria, el departamento de emergencias y los datos de marihuana medicinal, pueden ser compartidos y utilizados por Arisa Health y los proveedores de atención médica afiliados para brindar servicios de salud.

Este Consentimiento permanecerá vigente hasta el primero de los siguientes: el paciente lo revoca utilizando el formulario de Solicitud de exclusión voluntaria, el menor cumple 18 años o el paciente no ha sido atendido por un proveedor de atención médica afiliado en tres años.

Escriba el nombre del cliente/tutor:

Relación con el cliente:

Counseling Associates, Mid-South Health Systems, Professional Counseling y Ozark Guidance Center, Inc. son Afiliados de Arisa Health Inc. Como tales, todos los consentimientos/acuerdos se realizan entre Arisa Health, incluidos sus Afiliados, y la persona que firma el documento.

Condición que amerita tratamiento:

He informado a mis proveedores sobre los síntomas y las preocupaciones que me llevaron al tratamiento. Autorizo a Arisa Health y sus afiliados a que me brinden todos los servicios de salud conductual médicamente necesarios que los proveedores consideren apropiados o aconsejables, tal como se analizó conmigo con anticipación.

Tipos de tratamiento:

Entiendo que los servicios proporcionados para abordar mis necesidades identificadas pueden incluir: evaluación mediante entrevista, pruebas psicológicas o exámenes psiquiátricos, psicoterapia, asesoramiento, terapia conductual, medicamentos, servicios por parte de un proveedor de salud conductual calificado y/u otros procedimientos que puedan ser necesarios. Entiendo que estos servicios se pueden realizar cara a cara o mediante el uso de videoconferencias, con consentimiento adicional.

Para ciertos servicios clínicos, entiendo que puedo ver a una enfermera registrada de práctica avanzada como parte de su atención. Cada enfermera registrada de práctica avanzada colabora con uno o más de nuestros psiquiatras (un médico con licencia) y usted puede comunicarse con ellos directamente si tiene inquietudes, quejas o preguntas.

La terapia con medicamentos es solo uno de los muchos métodos utilizados para controlar y mejorar los síntomas del cliente. La capacidad de obtener su historial de medicamentos nos permite revisar y agregar los medicamentos actuales recetados por otros médicos a su lista activa de medicamentos en nuestro sistema. Al hacerlo, nos ayuda a brindarle la mejor calidad de atención y garantiza que nuestro personal médico evite recetarle medicamentos que entren en conflicto con los que ya está tomando. ¿Tenemos su consentimiento para extraer su historial de medicamentos?

¿El cliente dio su consentimiento para extraer PBM Historia Med?:

HONORARIOS:

Entiendo que soy personalmente responsable por el costo de los servicios que recibiré de Arisa Health y sus Afiliados y que puedo usar una fuente de terceros para pagar mi factura. En caso de que no sea elegible para una fuente de pago de un tercero, o que el centro no cobre del tercero, entiendo que soy personalmente responsable por el costo de estos servicios. Los cargos pueden incluir tiempo no directo, como redacción de informes, plan de tratamiento, interpretación de resultados de pruebas, etc.

Si tengo seguro, autorizo el pago de los beneficios del seguro para ir directamente a Arisa Health y sus Afiliados, y también la divulgación de la información necesaria para proceder con los reclamos.

Beneficios y riesgos del tratamiento y alternativas:

Entiendo los riesgos y beneficios de los servicios de salud del comportamiento, incluidos los riesgos asociados con el rechazo de un servicio o procedimiento específico. Los riesgos potenciales incluyen, entre otros: problemas continuos en el hogar/trabajo/escuela, aislamiento, posible ideación suicida, posibles consecuencias legales, etc. Los beneficios potenciales incluyen, entre otros: mejor funcionamiento en el hogar/trabajo/escuela, mejor estado de ánimo, mayor estabilidad, mayor apoyo, etc. He sido informado de servicios alternativos, como grupos de apoyo locales, iglesias, etc. que pueden estar disponibles. Entiendo que tengo la oportunidad de participar en el desarrollo de un plan de tratamiento y tendré la oportunidad de discutir recomendaciones de tratamiento y hacer preguntas a mis proveedores. Entiendo que puedo rechazar las recomendaciones de tratamiento o retirarme del tratamiento en cualquier momento informando a mis proveedores. Sin embargo, entiendo que puede haber riesgos adicionales si elijo retirar o terminar mi atención antes de que se complete el tratamiento.

Confidencialidad e intercambio de información:

Se incluye una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en el manual del cliente. Además, está disponible bajo petición. También se publica en cada sitio para su revisión continua.

Los materiales y la información obtenidos durante el curso de la terapia, evaluación, consulta u otros servicios de salud mental se tratarán de forma confidencial, sujetos a las siguientes limitaciones: (1) a menos que solicite la divulgación por escrito; (2) su compañía de seguros solicita información para ayudar en el pago de los servicios (terceros pagadores como Medicaid, PASSE, seguros, etc.); (3) se presenta la orden del Tribunal de Circuito; (4) la información debe ser divulgada por profesionales de la salud mental en respuesta a los requisitos legales para denunciar sospechas de abuso infantil o abuso de ancianos, intención suicida u homicida; (5) según lo exija la ley.

Además, entiendo y consiento que cualquier información y/o registros u otros documentos relacionados con mi tratamiento pueden ser compartidos entre Arisa Health y sus Afiliados para los fines de mi tratamiento. Solo divulgamos o usamos su información como se establece en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y de acuerdo con las leyes aplicables que protegen la privacidad y seguridad de la información de salud. Esto incluye compartir solo el mínimo necesario basado en la necesidad de saber del individuo. Para garantizar que todos los clientes reciban atención de calidad, el personal clínico (psiquiatras, terapeutas, administradores de casos, etc.) recibe supervisión de manera regular y parte de su información puede revisarse durante dicha supervisión para promover una atención de calidad. Esta información siempre se maneja con los más altos estándares profesionales y de acuerdo con nuestras políticas de confidencialidad y protección de la información de salud del paciente.

En un esfuerzo por fomentar la continuidad de la atención, doy mi consentimiento para intercambiar información de salud conductual entre mi Afiliado de Arisa Health y mi médico de atención primaria (PCP) o el de mi hijo, mientras mi hijo y/o yo estemos recibiendo tratamiento activamente. También entiendo que, al dar mi consentimiento para el intercambio de información de salud, esto no solo se aplicará a mi PCP actual o el de mi hijo, sino también a cualquier PCP nuevo que se asigne durante el curso de mi tratamiento o el de mi hijo. Además, entiendo que hacerlo eliminará la necesidad de renunciar a este acuerdo cada vez que mi hijo o yo cambiemos de PCP. La siguiente información de salud que se indica a continuación se puede compartir con el PCP.

Diagnóstico (incluyendo información sobre drogas y/o alcohol, si corresponde), medicamentos y Plan de tratamiento/Recomendaciones y cualquier otra información relevante que pueda ser necesaria (esto puede incluir información sobre drogas/alcohol y/o VIH/SIDA, cuando corresponda).

Si su cliente está recibiendo servicios en o cerca de una de nuestras Clínicas de Atención Primaria, consulte con su cliente si actualmente tiene un PCP preferido y/o si está interesado en hacer de Arisa Health su Proveedor de Atención Primaria. Para obtener más información, comuníquese con la Clínica de Atención Primaria más cercana a usted.

Nombre e información de contacto del médico de atención primaria actual:

Autorizo a Arisa Health y sus afiliados a fotografiarme a mí o a mi hijo. Entiendo que la fotografía pasará a formar parte del registro médico y será observable por el personal de Arisa Health y sus afiliados.

Al firmar este formulario, estoy firmando este Consentimiento para tratamiento electrónicamente para documentar mi recepción y revisión de este Consentimiento. Acepto que mi firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manual/manuscrita en este Consentimiento para tratamiento. Acepto que mi firma en este Consentimiento para tratamiento es tan válida como si firmara el Consentimiento para tratamiento por escrito. También confirmo que soy la persona autorizada para firmar este Consentimiento para el tratamiento. No estoy obligada/o a firmar éste Consentimiento para el tratamiento en forma electrónica y, en su lugar, puedo obtener una copia impresa de este Consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.

Al firmar este formulario, el cliente/padre/tutor reconoce que se le ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que también está disponible en el sitio web de la organización y publicado en la organización, y se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Además, el cliente/padre/tutor está dando su consentimiento para el tratamiento con esta organización.

Fecha de consentimiento para tratar/prácticas de privacidad:

Counseling Associates, Mid-South Health Systems, Professional Counseling y Ozark Guidance Center, Inc. son Afiliados de Arisa Health Inc. Como tales, todos los consentimientos/acuerdos se realizan entre Arisa Health, incluidos sus Afiliados, y la persona que firma el documento.

Cada cliente recibe una copia del manual del cliente al momento de la admisión. La siguiente lista incluye información que se describe en detalle en el manual. Los clientes y/o tutores tienen la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con cualquiera de los elementos antes de firmar el formulario de orientación.

La misión, visión y filosofía centrada en la persona de Arisa Health y sus afiliados.

Programa y servicios ofrecidos

Días/horas en que están disponibles los servicios y el número de teléfono de la línea directa de crisis las 24 horas

Orientación del edificio para familiarizar al cliente con las instalaciones y las salidas/procedimientos de emergencia.

Normas y expectativas del programa/Armas, Medicamentos legales e ilegales, Manejo de medicamentos recetados en el centro, Consumo de alcohol y/o sustancias, Tabaco.

Definiciones/explicaciones de salud conductual para pacientes ambulatorios para clientes de Medicaid

Transición, criterios de alta y procedimientos de seguimiento

Defensa y Aviso de Privacidad/Confidencialidad

Información de las personas atendidas/Procedimientos de quejas

Directivas avanzadas

Prácticas no violentas, nuestra política relacionada con la reclusión/restricción

Bienestar/Precauciones universales/Enfermedades transmisibles/Recursos

Informes obligatorios y cómo trabajamos con el sistema legal, si tiene una orden judicial para recibir tratamiento

Obligaciones Financieras y Cargos

Política de Límites/Estándares de Conducta Profesional

Acceso a sus registros

El terapeuta que completa su evaluación es responsable de la coordinación de su atención. Si su caso es transferido a otro terapeuta, él/ella asumirá esta responsabilidad y se lo comunicará a usted.

Los servicios que se brindarán son Servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios (OBH) y, como mínimo, los servicios disponibles para usted incluyen: Evaluación psiquiátrica y administración de medicamentos. Servicios para pacientes ambulatorios, incluida la terapia individual y familiar como mínimo, y Servicios de crisis.

Se puede solicitar una descripción de los servicios y definiciones. Además, se pueden proporcionar copias de la Agencia de salud del comportamiento y las reglas del servicio de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios si se solicitan.

Una agencia de salud conductual es un proveedor de salud conductual que puede facturar a Medicaid de Arkansas y PASSE por servicios aprobados por el estado. La elegibilidad para los servicios de OBH (Salud de conducta para pacientes ambulatorios) depende de los resultados de la evaluación independiente de Optum y Medicaid de Arkansas. SED (Alteración Emocional Seria) es un trastorno emocional grave e incluye niños menores de 18 años. SMI o enfermedad mental grave incluye personas mayores de 18 años.

Los servicios de OBH deben ser médicamente necesarios y pueden interrumpir los servicios en cualquier momento.

Los servicios de OBHS pueden ser denegados en base a las políticas o reglas de un tercero pagador (Medicaid/Seguro).

Se ofrece una amplia gama de servicios terapéuticos y se basan en su plan de tratamiento acordado. Es posible que deba pagar los servicios que no cubre su pagador. Tenemos una escala móvil de tarifas y podemos educarlo sobre las opciones de asistencia financiera.

En caso de insatisfacción o queja, un cliente puede comunicarse con un Defensor de la salud de Arisa para resolver el problema al 501-336-8300.

También puede comunicarse con la Línea Directa de Quejas de Medicaid de Arkansas al 1-888-987-1200 o 1-800-285-1137 (TTD) o la División de Servicios para Proveedores y Garantía de Calidad al 501-682-2441. También puede llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-696-6775.

Además de la información que se incluye en el Manual del cliente, la siguiente información se discutirá con usted con más detalle en sus primeras sesiones con su terapeuta: el propósito/proceso de la evaluación, aclaración de los riesgos actuales y un plan de acción para dicha evaluación, cómo se desarrollará el plan de tratamiento y su papel en el desarrollo e implementación del plan de tratamiento, y el curso de tratamiento recomendado.

Al firmar este formulario, el cliente/padre/tutor reconoce que se le ha ofrecido una copia del manual y se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas:

Fecha de Orientación:

Counseling Associates, Mid-South Health Systems, Professional Counseling y Ozark Guidance Center, Inc. son Afiliados de Arisa Health Inc. Como tales, todos los consentimientos/acuerdos se realizan entre Arisa Health, incluidos sus Afiliados, y la persona que firma el documento.

Al firmar este formulario, el cliente/padre/tutor reconoce que se le ha ofrecido una copia de los Derechos del cliente, que también están disponibles en el sitio web y publicados en la organización, y se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas:

Fecha en que se revisaron los derechos del cliente:

Counseling Associates, Mid-South Health Systems, Professional Counseling y Ozark Guidance Center, Inc. son Afiliados de Arisa Health Inc. Como tales, todos los consentimientos/acuerdos se realizan entre Arisa Health, incluidos sus Afiliados, y la persona que firma el documento.

Arisa Health y sus Afiliados brindan ciertos tratamientos y servicios de atención médica a través de telesalud para brindar una atención más adecuada y eficiente a nuestros clientes, cuando sea médica y éticamente apropiado dada la condición del cliente, el entorno de atención y la tecnología disponible.

Entiendo que puedo recibir servicios de atención médica de Arisa Health y sus afiliados a través de telesalud.

- Entiendo que la 'telesalud' incluye la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos.
- Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.
- Entiendo que mi(s) proveedor(es) de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telesalud en cualquier momento si mi(s) proveedor(es) de atención médica o yo sentimos que las conexiones de videoconferencia o la confidencialidad de nuestras conversaciones no son adecuadas para la situación.
- Entiendo que cualquier consulta o servicio de telesalud no será lo mismo que una visita en persona o cara a cara con un proveedor de atención médica porque no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
- Entiendo que otros asociados de Arisa Health pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica para fines técnicos y de facturación. Todos los asociados de Arisa Health mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia al comienzo de la consulta o cita de telesalud.

- Entiendo que puedo rechazar los servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar mi capacidad para obtener atención o tratamiento en el futuro. Si rechazo los servicios de telesalud, entiendo que Arisa Health y sus Afiliados no pueden quitarme ningún otro tratamiento al que de otro modo tendría derecho. Si rechazo los servicios de telesalud, los servicios alternativos disponibles para mí incluyen servicios en persona en lugares disponibles, con proveedores de atención médica disponibles.

Según el alcance de los servicios proporcionados, el resultado del tratamiento y otros factores que pueden estar presentes durante el servicio de telesalud, entiendo que mi proveedor de atención médica puede solicitar que vea personalmente a un miembro del personal o empleado debidamente capacitado inmediatamente después del servicio de telesalud si surge una necesidad urgente, incluso para la salud o la seguridad mía o de otra persona. Entiendo que mi información de atención médica divulgada durante el servicio de telesalud puede compartirse con otras personas según lo permita la ley para fines de programación y facturación. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a los servicios y tratamientos de atención médica proporcionados a través de telesalud. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi visita es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar el abuso de niños, ancianos y adultos dependientes; amenazas expresadas de violencia hacia una víctima verificable; y en ciertos procedimientos legales en los que hago de mi estado mental o emocional un problema.

Al firmar este formulario, está firmando este Consentimiento informado de telesalud electrónicamente para documentar su recepción y revisión de este Consentimiento informado de telesalud. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual/manuscrita en este Consentimiento informado de telesalud. Usted acepta que su firma en este Consentimiento informado de telesalud es tan válida como si hubiera firmado el Consentimiento informado de telesalud por escrito. También confirma que es la persona autorizada para firmar este Consentimiento informado de telesalud. No está obligado a firmar este Consentimiento informado de telesalud en forma electrónica y, en su lugar, puede obtener una copia impresa de este Consentimiento informado de telesalud en cualquier momento.

Al firmar este formulario, el cliente/padre/tutor expresa si desea o no participar en los servicios de telesalud.

Fecha del Consentimiento de Telesalud:

Counseling Associates, Mid-South Health Systems, Professional Counseling y Ozark Guidance Center, Inc. son Afiliados de Arisa Health Inc. Como tales, todos los consentimientos/acuerdos se realizan entre Arisa Health, incluidos sus Afiliados, y la persona que firma el documento.

Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones sobre programación, problemas relacionados con el tratamiento, papeleo u otros formularios que deban completarse. Entiendo que estos recordatorios pueden provenir directamente de Arisa Health y sus Afiliados o de un proveedor externo bajo contrato con Arisa Health.

Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto no deben usarse para situaciones urgentes o de emergencia. Entiendo que debo comunicarme con el 911 o el número de teléfono de emergencia cuando se necesite una respuesta inmediata. Para comunicaciones que no sean de emergencia, entiendo que se me puede contactar para los siguientes propósitos: programación, reprogramación de citas, recordatorios de acciones, plan maestro de tratamiento, revisión del plan maestro de tratamiento, problemas relacionados con el tratamiento, papeleo u otros formularios en línea que pueden necesitar para completar.

Riesgos del correo electrónico o mensajes de texto utilizados como método de comunicación:

- Los mensajes pueden enviarse, pero no recibirse, o pueden entregarse a la parte equivocada.
- Los teléfonos o cuentas de correo electrónico pueden ser interceptados tanto en el lado de envío como en el de recepción, así como en tránsito, lo que podría violar la confidencialidad del cliente.

Beneficios del correo electrónico o mensajes de texto utilizados como método de comunicación:

- Mayor disponibilidad para enviar y recibir mensajes hacia y desde Arisa Health y sus Afiliados en horarios y de la manera que le resulte más conveniente.

Alternativas:

- La alternativa a la comunicación digital incluye la discusión personal en sesiones y llamadas telefónicas.

Al firmar a continuación, afirmo que entiendo lo siguiente:

- Entiendo que soy responsable, y no Arisa Health ni sus Afiliadas, de salvaguardar mis comunicaciones por correo electrónico, texto, teléfono o video enviadas y recibidas en mi hogar o entorno de trabajo y en computadoras compartidas o públicas, si corresponde. Entiendo que una cuenta separada protegida con contraseña proporcionará mayor seguridad y privacidad.
- Entiendo que es posible que no se reciba el correo electrónico o que se filtre a una casilla de correo no deseado o no deseado. Para tener mayor confianza de que mi correo electrónico fue recibido, puedo solicitar un acuse de recibo de mi proveedor de correo electrónico, que reconoce que el mensaje ha sido recibido o entregado.
- Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden NO SER CONFIDENCIALES y no deben usarse para ninguna información personal o de tratamiento confidencial.

- Entiendo que el correo electrónico o los mensajes de texto no deben usarse para comunicaciones urgentes o de emergencia. Acepto seguir los procedimientos de contacto de emergencia establecidos en caso de una emergencia médica.
- Entiendo que las comunicaciones por correo electrónico o mensaje de texto basadas en este consentimiento pueden o no convertirse en parte de mis registros, según lo determine Arisa Health.
- Puedo revocar este consentimiento por correo electrónico, mensajes de texto u otra comunicación digital en cualquier momento informando a mi terapeuta.
- Mi terapeuta puede optar por suspender el correo electrónico u otra comunicación digital o electrónica si, según la determinación de mi terapeuta, es inapropiado o inseguro continuar con ella.
- Entiendo que Arisa Health y sus afiliados han establecido prácticas de confidencialidad para toda la información de los clientes, incluidas las comunicaciones por teléfono, correo electrónico y mensajes de texto, y se adhieren a ellas, así como salvaguardas sobre la privacidad de los correos electrónicos recibidos por los empleados.
- Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto no son métodos de comunicación completamente seguros y confidenciales.
- Notificaré de inmediato a Arisa Health y sus afiliados sobre cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico o número de teléfono para recibir mensajes de texto.

Puede dejar correo de voz:

Autorizo los recordatorios de citas automatizados del proveedor de Arisa Health de la siguiente manera: Texto - Teléfono móvil

Al firmar este formulario, estoy firmando este Consentimiento de comunicación electrónicamente para documentar la recepción y revisión de este Consentimiento de comunicación. Acepto que mi firma electrónica es el equivalente legal de mi firma manual/manuscrita en este Consentimiento de comunicación. Acepto que mi firma en este Consentimiento de comunicación (mi firma electrónica) es tan válida como si hubiera firmado el Aviso por escrito. También confirmo que soy la persona autorizada para firmar este Consentimiento de comunicación.

Este consentimiento se considera válido una vez firmado hasta que el cliente sea dado de alta del tratamiento. Sin embargo, si las preferencias del cliente con respecto a la comunicación cambian, se puede completar un nuevo formulario y las nuevas preferencias se implementarán en ese momento.

Después del alta, entiendo que alguien puede enviarme una carta o una encuesta o contactarme con respecto a mi tratamiento. Doy mi consentimiento para recibir esta comunicación.

Consentimiento para ser utilizado solo para clientes en Atención Primaria. No complete este formulario a menos que sea miembro del equipo de atención primaria o esté reemplazando a ese equipo.

Consentimiento para Tratamiento:

Doy mi consentimiento para que Arisa Primary Care Clinic administre tratamiento, pruebas y/o pruebas de diagnóstico para tratar la lesión/enfermedad de mi/los pacientes de forma ambulatoria. Reconozco que no hay garantía en cuanto al resultado de cualquier tratamiento que yo/el paciente reciba. De conformidad con la ley estatal, si otra persona se expone accidentalmente a la sangre o los fluidos corporales (BBF) de mi/los pacientes; o si un procedimiento médico o quirúrgico pudiera exponer a otra persona a mi/los pacientes BBF, Arisa Health Primary Care Clinic puede hacer que dicho BBF sea examinado para detectar infección por inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) a expensas de Arisa Health Primary Care Clinic. En el momento en que se recomiende el tratamiento, mi proveedor analizará conmigo los riesgos, los beneficios y las alternativas de tratamiento.

Cesión de Beneficios:

Autorizo a Arisa Primary Care Clinic a presentar reclamos en mi nombre directamente a Medicare/Medicaid/mi compañía de seguros de salud. Esto significa que Arisa Health, Inc. cobrará el pago de los suministros y servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable ante el(los) proveedor(es) por los cargos no pagados o por pagar. Autorizo a divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a enfermedades y tratamientos para procesar reclamos. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Además, entiendo que los servicios de atención primaria que recibo aquí pueden tener un impacto en la cantidad de servicios de atención primaria autorizados que permanecerán en cualquier otro proveedor de atención primaria asignado.

Recetas Electrónicas/Prescripción:

Entiendo que Arisa Primary Care Clinic utiliza tecnología de prescripción electrónica y participa con SureScripts. SureScripts opera el intercambio de información de salud de farmacia, que facilita la transmisión electrónica de información de prescripción entre proveedores y farmacéuticos. SureScripts también proporciona datos de prescripción de cualquier medicamento, conocido como historial de medicamentos, que me recetan a mí o al paciente.

Fecha de consentimiento: