

Reconocimiento de la información recibida y consentimiento para la evaluación y el tratamiento integrados

Axis se adhiere a todos los reglamentos estatales y federales que se aplican al acceso, la protección, la divulgación y el uso de su información de salud contenida en nuestros registros. Esta información también está disponible para usted en un Manual del paciente. He leído los siguientes avisos relacionados con el uso, la divulgación, el acceso y las protecciones correspondientes a mi expediente de atención médica. Entiendo que esta clínica participa en el Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange, HIE) electrónica y, por la presente, autorizo la divulgación de expedientes médicos al HIE como respaldo a mi tratamiento y según sea necesario para procesar reclamaciones que tengan relación con el mismo. Actualmente, mis resultados de laboratorio se intercambian de forma rutinaria en el HIE. También comprendo que los detalles sobre la salvaguardas de mi expediente se encuentran en el *Aviso de prácticas de privacidad* de Axis. Esta y la siguiente información están a mi disposición electrónicamente mediante una solicitud por correo electrónico, en el sitio web de Axis www.axishealthsystem.org o a solicitud de una copia impresa en cualquiera de nuestras clínicas:

Política de citas médicas

Política de reclamos de salud conductual

Aviso de prácticas de privacidad

Cómo elegir a un proveedor de atención médica

Política de reclamos médicos

Derechos y responsabilidades del paciente

Testamento vital

Manual del paciente

Por la presente doy mi consentimiento para recibir tratamiento, incluso pruebas, procedimientos y medicamentos, según las indicaciones del personal de Axis. Entiendo que mi tratamiento tendrá más posibilidades de éxito si participo en su diseño y coopero con las recomendaciones profesionales que se me proporcionen. Entiendo que puedo rechazar cualquier servicio o tratamiento, sin que esto vaya en detrimento de condición de paciente de Axis si tengo un consentimiento válido para el tratamiento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito. Sin embargo, si decido revocarlo, Axis suspenderá inmediatamente la prestación de los servicios. Además, al firmar, confirma que ha leído o tiene acceso a los documentos anteriores.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta): _____

Tenga en cuenta lo siguiente en relación con el tratamiento: el personal de Axis confiará en las declaraciones del paciente, en su historia clínica y en otra información disponible para evaluar el estado del paciente y decidir el mejor tratamiento. Algunos servicios en Axis pueden proporcionarse con equipos de telesalud e implican la interacción con proveedores que no estén de cuerpo presente en la clínica para su cita. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras de alta velocidad y normalmente no se graban en video, ni se guardan de ninguna manera. Sin embargo, con su consentimiento cuando corresponda, podemos grabar en video o tomar fotografías durante la interacción para ayudar en su diagnóstico, tratamiento o remisión, o con fines de supervisión, formación o mejora de la calidad. Además, la información relevante de su consulta se documentará en su historial médico, igual que si el proveedor hubiera estado presente físicamente. El proveedor de atención médica hablará con usted sobre los beneficios y los riesgos del tratamiento. Si no tiene claro su tratamiento o la protección de sus registros, no dude en hacer preguntas en cualquier momento.

Tenga en cuenta lo siguiente en relación con sus registros y quejas: estamos obligados a informarle que, en caso de que presente una queja, sus registros no podrán conservarse más de siete años y, por lo tanto, no estarán disponibles para su revisión con respecto a dichas quejas.

Acceso protegido y las consiguientes limitaciones de divulgación: existen limitaciones al acceso a la información del paciente y a la divulgación de la misma que se basan en el tipo de tratamiento y/o la edad del paciente en cuestión. La información médica del paciente está protegida de forma diferente en las siguientes circunstancias.

Pacientes menores de edad: Axis no divulgará la historia clínica protegida de un menor al padre, madre o tutor si hay alguna acción legal que implique una determinación del interés superior de ese menor, ya que tiene derecho a comunicaciones privilegiadas y confidenciales en relación con ese tipo de acción, a menos que Axis reciba una renuncia válida al privilegio del menor o una orden judicial. Si un menor ha dado su consentimiento para su propio tratamiento, Axis podrá informar al padre, madre o tutor legal, a petición y sin el consentimiento del menor, únicamente lo que se refiere a los servicios prestados o necesarios. La divulgación de esta información relativa a los servicios no se considerará una renuncia al derecho del menor a las comunicaciones privilegiadas y confidenciales ni al deber de confidencialidad de Axis. Se puede notificar a los padres o al tutor legal sin el consentimiento del menor si, según la opinión de los profesionales, este es incapaz de gestionar su atención o tratamiento y se notificará a los padres o al tutor legal cada vez que un menor exprese preocupaciones de seguridad, incluida la intención de lastimarse a sí mismo o a otros.