

## ADOLESCENTE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

**PARA LOS REPRESENTANTES LEGALES QUE COMPLETEN EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DE UN PACIENTE:**

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_

Relación del representante legal con el paciente: \_\_\_\_\_

(p. ej., padre o madre, tutor legal)

**1. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Por medio del presente, yo, como paciente o representante legal del paciente, doy mi consentimiento para que se lleven a cabo los procedimientos de diagnóstico o tratamiento médico, incluida la administración de hemoderivados, que consideren necesarios o recomendables los médicos o los proveedores de atención médica en Jonathan Lax Treatment Center, John Bell Health Center, Y-HEP Health Center, Pediatric and Adolescent Health Center, Clinica Bienstar, Broad Street Ministry Health Center o Philadelphia FIGHT Dental Services (en conjunto denominados, Centros de Salud Comunitaria Philadelphia FIGHT). Por el presente, doy mi consentimiento para que se lleven a cabo todos los procedimientos técnicos y de enfermería, así como todos los análisis, según lo indiquen dichos médicos o proveedores de atención médica.

**2. CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y REGULACIONES:** En consideración del tratamiento, acepto cumplir con las normas de Philadelphia FIGHT Community Health Centers.

**3. CESIÓN DE BENEFICIOS:** Como paciente o representante legal del paciente, cedo los beneficios que se detallan a continuación:

**MEDICARE O MEDICAID:** Autorizo a cualquiera que posea información médica, dental u otro tipo de información de salud protegida sobre mí, el paciente, o sobre el paciente al que represento legalmente, para divulgar esta información a Medicare o Medicaid. Dicha información se revela para los propósitos de facturación, para obtener el pago por la atención médica y para recibir la autorización para el tratamiento necesario. Autorizo la realización de pagos directos a Philadelphia FIGHT por los beneficios médicos, dentales o quirúrgicos por parte de Medicare o Medicaid. También permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del documento original.

**AUTORIZACIÓN GENERAL:** Autorizo a cualquiera que posea información médica, dental u otro tipo de información de salud protegida sobre mí, el paciente, o sobre el paciente al que represento legalmente, a divulgar esta información a cualquier otro consultorio médico o proveedor de atención médica involucrado en mi atención o la del paciente. Dicha información se revela para los propósitos de facturación, para obtener el pago por la atención médica, para recibir la autorización para el tratamiento necesario y para coordinar la atención.

Autorizo a cualquiera que posea información médica, dental u otro tipo de información de salud protegida sobre mí, el paciente, o sobre el paciente al que represento legalmente, para divulgar esta información a mi compañía de seguros o a la del paciente, a los intermediarios u operadores y a mi abogado o al del paciente. Dicha información se revela para los propósitos de facturación y para obtener el pago por la atención médica. Autorizo la realización de pagos directos a Philadelphia FIGHT por los beneficios médicos, dentales o quirúrgicos por parte de mi seguro médico privado o el del paciente, u otro plan de salud. También permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del documento original.

**4. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN:** Autorizo a los médicos, proveedores de atención médica u organismo de salud pública a recabar información sobre el registro de vacunas mío o del paciente al que represento legalmente, y a ingresarla en el Sistema de Información de Vacunación (IIS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos. El IIS es un sistema informático confidencial que contiene los registros de vacunación. Comprendo que la información de dicho registro se puede revelar a un organismo de salud pública, así como a todos los proveedores de atención médica míos o del paciente, a fin de que puedan asistir en el tratamiento y la atención médica. Además, la información podrá divulgarse a otros centros en los que yo o el paciente estemos inscritos como pacientes, a fin de cumplir con los requisitos de vacunación del Estado.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

**5. EXTRACTO DE BENEFICIOS FARMACÉUTICOS:** Un “Extracto de beneficios farmacéuticos” (PBM, por sus siglas en inglés) es un extracto que muestra todos los medicamentos que se han procesado a través de una compañía de seguros por cualquier período determinado sin importar quién los recetó. Autorizo a Philadelphia FIGHT a revisar mi PBM, o el PBM del paciente al que represento legalmente, a descargar dicho PBM, y a agregarlo como parte permanente del expediente médico mío o del paciente..

**6. EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA ENSAYOS CLÍNICOS:** Philadelphia FIGHT lleva a cabo ensayos clínicos de tratamientos nuevos y potenciales para diferentes estados patológicos. Además, FIGHT investiga varios factores relacionados con estos estados patológicos, como la prevención de enfermedades y el cumplimiento del tratamiento. Esta investigación tiene como objetivo general mejorar los resultados médicos. Autorizo a los proveedores de atención médica o el equipo de investigación de Philadelphia FIGHT a analizar el expediente médico/dental mío o del paciente al que represento legalmente, y a comunicarse conmigo en caso de que un ensayo clínico sea adecuado para mí o para el paciente. El presente documento no es una autorización para inscribirme a mí o al paciente en un ensayo clínico, y comprendo que ni yo ni el paciente estamos obligados a participar en ninguna investigación.

**7. PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ESCALA MÓVIL DE HONORARIOS:** Comprendo que si yo, como paciente, o el paciente al que represento legalmente, no estamos asegurados o el seguro es insuficiente, es posible que se nos ofrezca asistencia financiera. Si necesito asistencia, puedo comunicarme con los coordinadores de beneficios o los administradores de casos médicos de los Centros de Salud para obtener más información sobre la asistencia financiera para pacientes no asegurados o cuyo seguro es insuficiente. Comprendo que deberé proporcionar información de manera oportuna a fin de verificar mi elegibilidad o la del paciente para el programa de escala móvil de honorarios/asistencia financiera. Comprendo que mi solicitud para la asistencia financiera/escala móvil de honorarios, o la solicitud del paciente, caduca en un año a partir de la fecha de solicitud original y que para continuar recibiendo el apoyo financiero debo volver a presentar la solicitud, si esta caducó.

**8. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Entiendo que Philadelphia FIGHT participa en ciertas redes de intercambio de información médica con otros hospitales y centros médicos, incluida HealthShare Exchange of Southeastern Pennsylvania, Inc., (“HSX”). Se me comunicó que mi información médica, incluida la información limitada sobre servicios de salud mental o de abuso de sustancias que pudiera recibir en Philadelphia FIGHT, se compartirá a través de estas redes de intercambio. No se compartirán las notas de mi psiquiatra, ni del terapeuta de salud mental ni del consejero en adicciones, pero sí se compartirán los códigos de diagnósticos y el historial de mis consultas. Entiendo que se comparte información sobre mí para fines de tratamiento con proveedores y funcionarios de salud pública que no pertenecen al centro médico, con el fin de coordinar mejor mi atención y ayudar a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Philadelphia FIGHT me informó que tengo derecho a dejar de participar en los intercambios de información médica en cualquier momento. Comprendo que puedo pedirle a Philadelphia FIGHT una copia del formulario de “exclusión” e indicarle a Philadelphia FIGHT que impida el acceso a mi información médica, excepto en la medida en que la ley permita o exija la revelación de dicha información.

**9. REQUERIMIENTOS DE NUESTROS AUSPICIADORES:** Comprendo y entiendo que Philadelphia FIGHT puede utilizar y divulgar mi información médica/dental, o información relacionada al paciente a quien estoy legalmente autorizado a representar, para cumplir con los requerimientos de los auspiciadores del gobierno Federal, estatal, y local.

**10. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, Y PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS (ESCRIBA SUS INICIALES)**

\_\_\_\_\_  
INICIALES

**Reconocimiento:** Reconozco que se me ha entregado y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Philadelphia FIGHT, la Declaración de derechos y responsabilidades de los pacientes y los Procedimientos de reclamos. Entiendo que Philadelphia FIGHT se reserva el derecho de cambiar los términos del Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con Philadelphia FIGHT en cualquier momento para obtener la copia más actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Si tengo alguna inquietud sobre el Aviso de prácticas de privacidad, la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente o los Procedimientos de reclamo, puedo comunicarme por teléfono con Mimi McNichol por teléfono llamando al (215) 985-4448, extensión 223, por correo electrónico a [mcnichol@fight.org](mailto:mcnichol@fight.org) o por correo postal a la siguiente dirección: 1233 Locust Street, 5<sup>th</sup> floor, Philadelphia, PA, 19107.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

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

**Si USTED tiene entre 14 y 18 años y está de acuerdo con usted mismo, MARQUE TODAS LAS CAJAS A CONTINUACIÓN QUE SE APLICAN A USTED**

- Estoy buscando tratamiento para servicios de salud sexual y reproductiva (excepto el aborto)
- Estoy buscando tratamiento, y la divulgación del tratamiento a mi (s) tutor (es) me someterá a abuso o negligencia.
- Estoy casado o estuve casado anteriormente
- Estoy embarazada o estaba embarazada anteriormente (independientemente de si el embarazo resultó o no en el nacimiento de un niño)
- Estoy emancipado (es decir, legalmente emancipado O he abandonado el hogar de sus padres / tutores por acuerdo o demanda)

**Si NINGUNO de los anteriores se aplica a usted, debe contar con el consentimiento de su padre o tutor legal en su nombre. Vaya a Frontdesk para obtener ayuda.**

**POR MEDIO DE MI FIRMA, CERTIFICO QUE SOY EL PACIENTE O QUE ESTOY LEGALMENTE AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DE EL PACIENTE; QUE HE LEÍDO LOS PÁRRAFOS 1 A 9 DEL PRESENTE DOCUMENTO; QUE COMPRENDO EL CONTENIDO DE ESTOS; Y QUE ACEPTO LOS TÉRMINOS AQUÍ DESCRITOS. COMPRENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR HASTA QUE YO LA REVOQUE POR ESCRITO.**

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA del paciente o el representante legal: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o el representante legal \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA EL PERSONAL DE PHILADELPHIA FIGHT: TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH PRESENTE EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE ESTÁ PROTEGIDA POR LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH DE PENNSILVANIA (CONFIDENTIALITY OF HIV-RELATED INFORMATION ACT), CONOCIDA COMO LA LEY 148. ESTÁ PROHIBIDO DIVULGAR DICHA INFORMACIÓN SIN EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LA PERSONA A LA QUE PERTENECE, A MENOS QUE LA LEY PERMITA LO CONTRARIO. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRA ÍNDOLE NO ES SUFICIENTE PARA TAL FIN.**