

Formularios de pacientes

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento conjunto para el tratamiento

Doy mi consentimiento para cualquiera o todos los exámenes médicos, pruebas y tratamientos considerados necesarios por los médicos, proveedores no médicos (enfermero practicante, asistente médico o especialista en enfermería clínica), enfermeros registrados y otros profesionales de la salud de Nephrology Associates of Northern Illinois and Indiana (NANI) y/o sus socios de atención al paciente de Strive Health.

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que los proveedores de atención médica o el grupo médico hayan actuado confiando en este consentimiento. Este consentimiento permanecerá plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito.

Mi firma en la parte inferior de este formulario indica que este consentimiento continúa incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento. Doy mi consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común.

Si se recomiendan pruebas o procedimientos más invasivos o intervencionistas, entiendo que se me puede pedir que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas y/o procedimientos.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Todas las ubicaciones de NANI mantienen un Aviso de Prácticas de Privacidad actual ("Aviso"). El Aviso brinda información sobre cómo NANI puede usar y divulgar su información médica protegida. Se le proporcionará una copia impresa en su cita para su revisión. También puede visitar nuestro sitio web para ver el Aviso en cualquier momento.

Derechos y responsabilidades del paciente

NANI se compromete a proporcionar a los pacientes servicios médicos de alta calidad y quiere que los pacientes sepan que tienen derechos y responsabilidades. Se le proporcionará una copia impresa de estos derechos y responsabilidades en su cita para su revisión. También puede visitar nuestro sitio web para ver el Aviso en cualquier momento.

Consentimiento a la responsabilidad financiera

Entiendo que es mi responsabilidad y obligación entender los beneficios de mi póliza de seguro médico. Esto incluye mis obligaciones financieras por los servicios prestados por el proveedor de atención médica participante y obtener autorización previa cuando sea necesario. Mi firma en la parte inferior de este formulario indica que reconozco que he leído y entiendo la política financiera de NANI y acepto la responsabilidad fiscal por los servicios profesionales y entiendo que seré responsable de cualquier saldo impago en mi cuenta.

Se le proporcionará una copia impresa de la Política de responsabilidad financiera de NANI en su cita para su revisión. También puede visitar nuestro sitio web para ver esta Política en cualquier momento.

Para su comodidad, nuestra oficina de facturación cuenta con personal de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. Puede comunicarse con la oficina de facturación al 866-785-3627. Nuestro personal capacitado estará encantado de responder a cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto a nuestra política financiera o su cuenta.

Formulario de consentimiento de comunicación con el paciente

Acepto permitir que NANI se comunique conmigo utilizando los siguientes métodos con respecto a mi información personal de salud, evaluación y tratamiento. Autorizo/no autorizo a NANI a dejarme mensajes cuando no esté disponible como se indica a continuación:

Verifique para confirmar el Método de aprobación	Método	Número/Dirección	Dejar mensajes (Círculo)
<input type="checkbox"/>	Teléfono de casa		S o N
<input type="checkbox"/>	Teléfono móvil		S o N
<input type="checkbox"/>	Teléfono del trabajo		S o N
<input type="checkbox"/>	Teléfono alternativo		S o N
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico sin cifrar*		S o N
<input type="checkbox"/>	Texto sin cifrar Mensaje*		S o N
<input type="checkbox"/>	Servicios de tecnología basada en la comunicación (MyChart)		S o N

*Tenga en cuenta: Enviar o recibir PHI (Información de Salud Protegida) a través de correo electrónico o mensaje de texto sin cifrar no se considera seguro. Su firma da fe de que comprende esto y asume los riesgos asociados.

Autorizo a NANI a discutir mi información de salud personal con las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que al dejar espacios en blanco, estoy indicando que no quiero que mi información se comparta o se divulgue a nadie más.

Nombre	Relación con Paciente	Número de teléfono	Información Permitida para ser Discutida (Círculo)
			Información financiera sensible a la rutina
			Información financiera sensible a la rutina

Información de contacto(s) de emergencia

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono

Puede actualizar este consentimiento en cualquier momento comunicándose con el consultorio de su profesional de servicio médico.

Formularios de firma para el paciente

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma del Paciente (o Representante Legal)

Si está firmado por un representante legal, escriba el nombre/relación en letra de imprenta

Fecha

Solicitud para divulgar información médica del paciente a NANI

Es importante que sus profesionales de servicio médico revisen su información médica anterior para que puedan brindarle el mejor nivel de atención. Este formulario permite que otros profesionales de servicio médico compartan información con NANI.

Por la presente ordeno a mi(s) profesionales de servicio médico que divulguen mi información médica a NANI por fax electrónico. Entiendo que tengo derecho a acceder a mis registros médicos completos mantenidos por mis profesionales de servicio médico según la ley federal HIPAA.

Entiendo que se me puede pedir que verifique mi identidad cuando los registros se entreguen a NANI.

Tipo de información que deseo que se le entregue a NANI:

- Toda mi historia clínica
- Solo notas del médico
- Solo pruebas de diagnóstico
- Otra especificar):

Tipo de información que no se debe divulgar a NANI:

Información confidencial protegida por la ley estatal/federal:

- Diagnóstico/tratamiento de abuso de drogas o alcohol
- Diagnóstico/tratamiento de salud mental
- Diagnóstico/tratamiento/consejería de enfermedades de transmisión sexual o SIDA/IVH
- Otra especificar):

Firma para divulgar información

Nombre del pacient _____

Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma del Paciente (o Representante Legal)

Si está firmado por un representante legal, escriba el nombre/relación en letra de imprenta

Fecha