

---

Nombre impreso del paciente

---

Fecha de nacimiento

### Participación en la red Health Choice

Legacy Community Health Services ("Legacy") recibe su sistema de registros médicos electrónicos (EHRS) a través de un acuerdo con la Health Choice Network ("HCN"). HCN, como asociado comercial de Legacy, suministra la tecnología EHRS a Legacy, así como a otros participantes de HCN. Bajo este acuerdo, su información personal de salud puede compartirse con otros participantes de HCN o un intercambio de seguros solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para fines de operaciones de atención médica. Legacy supervisa el intercambio de su información personal de salud con los participantes de HCN para verificar que, si es necesario, solo se comparta la información mínimamente necesaria. Usted tiene el derecho de cambiar de opinión y retirar su consentimiento para compartir su información personal de salud, sin embargo, la información puede haberse proporcionado previamente según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de los participantes de HCN a los que se ha divulgado su información."

### Participación en Greater Houston HealthConnect

Legacy participa en HealthConnect, una organización sin fines de lucro que proporciona una red electrónica segura para los participantes de HealthConnect. Una lista de los participantes actuales de HealthConnect está disponible en [www.ghhconnect.org](http://www.ghhconnect.org). La participación de Legacy con otros en HealthConnect, como laboratorios, farmacias, centros de radiología, consultorios médicos, hospitales y aseguradoras de salud, le permite a Legacy acceder y utilizar, para brindarle atención, cualquier información electrónica de salud disponible relacionada con usted. Todos los participantes de HealthConnect deben proteger su privacidad de acuerdo con las leyes estatales y federales. Su tratamiento y elegibilidad para beneficios no se verán afectados. Con mi firma a continuación, acepto que HealthConnect y sus participantes actuales y futuros, incluido Legacy, pueden utilizar y divulgar electrónicamente mi información de salud protegida para los fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Comprendo que HealthConnect puede conectarse con otros intercambios de seguros en Texas y en todo el país que también deben proteger mi información de salud protegida de acuerdo con las leyes estatales y federales, y autorizo a HealthConnect a compartir mi información con esos intercambios con los mismos fines limitados de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esta autorización permanece vigente a menos que la revoque. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito a cualquier Doctor de atención médica que participe en HealthConnect y mi revocación será efectiva en un plazo de tres (3) días. También entiendo que revocar esta autorización no afecta la información compartida previamente cuando mi autorización estaba vigente.

(iniciales) \_\_\_\_\_ **Con el fin de recibir el beneficio de la atención coordinada entre mis Doctores de atención médica, elijo participar por mí mismo o en nombre de mi hijo menor en el Intercambio de seguros Greater Houston HealthConnect (recomendado).**

(iniciales) \_\_\_\_\_ Solicito que mi información de salud, o la de mi hijo menor, sea excluida de Greater Houston HealthConnect. Comprendo que esto significa que otros proveedores de cuidados de salud no podrán obtener mi información de salud, o la de mi hijo menor, a través de Greater Houston HealthConnect, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción para divulgar información, y aún podrán obtenerla a través de otros métodos.

### Participación en el intercambio de seguros Care Everywhere

Legacy participa en el Intercambio de seguros Care Everywhere. Care Everywhere permite a médicos y enfermeras de diferentes organizaciones intercambiar electrónicamente información de salud del paciente. Es una herramienta dentro de nuestro expediente médico electrónico que se utiliza para compartir de manera

segura la información de salud del paciente con otros doctores de atención médica. Cualquier persona que reciba atención en organizaciones participantes de Care Everywhere puede beneficiarse de esta plataforma. Ya sea que esté viajando y necesite atención médica de emergencia o que visite a otros doctores de atención médica en la comunidad, Care Everywhere permite a estos doctores acceder a más información sobre su estado de salud para poder satisfacer mejor sus necesidades médicas."

La información que no se compartirá a través de Care Everywhere incluye:

- Tratamiento de salud mental
- Servicios del programa de abuso de sustancias
- Registros de abuso sexual/forense.

Solo los profesionales de la salud involucrados en su atención durante su visita médica pueden ver su información. Los profesionales de la salud solo pueden acceder a su información para coordinar su atención y tratamiento.

Esta autorización permanecerá en efecto a menos que la revoque. Puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a Legacy Community Health, Departamento de Cumplimiento, P.O. Box 66308, Houston, TX 77266 o por correo electrónico a [Compliance@legacycommunityhealth.org](mailto:Compliance@legacycommunityhealth.org). Su revocación será efectiva en un plazo de tres (3) días. Usted comprende que revocar esta autorización no afecta la ISP (Información de Salud Protegida) compartida previamente cuando su autorización estaba vigente. Las leyes estatales y federales todavía permiten el acceso a la mayoría de su información de salud, o la de su hijo menor, sin su consentimiento por escrito, siempre que la solicitud sea realizada por otros proveedores de cuidados de salud que estén involucrados en su atención, o la de su hijo menor. Esta información se compartiría por teléfono, correo o fax.

Usted comprende que cuando su ISP, o la de su hijo menor, se utiliza o divulga de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad estatales o federales.

**(iniciales) \_\_\_\_\_ Con el fin de recibir el beneficio de la atención coordinada entre mis doctores de atención médica, elijo participar por mí mismo o en nombre de mi hijo menor en el Intercambio de seguros Care Everywhere (recomendado).**

(iniciales) \_\_\_\_\_ Solicito que mi información de salud, o la de mi hijo menor, sea excluida de Care Everywhere. Comprendo que esto significa que otros proveedores de cuidados de salud no podrán obtener mi información de salud, o la de mi hijo menor, a través de Care Everywhere, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción para divulgar información, y aún podrán obtenerla a través de otros métodos.

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS, PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS**

Doy mi consentimiento para todas las pruebas, tratamientos y procedimientos ordenados por los doctores de Legacy, incluyendo, sin limitación, pruebas para enfermedades transmisibles o de transmisión sanguínea, como enfermedades de transmisión sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Hepatitis. Como parte de mis pruebas y tratamiento, puedo recibir servicios de prevención específicos de enfermedades, educación y reducción de riesgos. Comprendo que Legacy está obligado por la ley estatal a informar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Ciudad de Houston para las personas que den positivo en ciertas enfermedades (conocidas como "enfermedades de notificación obligatoria") que incluyen, pero no se limitan a, tuberculosis, VIH/SIDA y sífilis. Si doy positivo en una enfermedad de notificación obligatoria, entiendo que un Especialista en Intervención en Enfermedades autorizado por el estado se pondrá en contacto conmigo para promover un tratamiento exitoso y notificar a cualquier pareja sexual, si corresponde, que pueda estar en riesgo de contraer la enfermedad.

También entiendo que si un trabajador de atención médica de Legacy está expuesto accidentalmente a mi sangre o fluidos corporales (por ejemplo, a través de una aguja), Legacy puede tomar sangre de mí o usar la sangre extraída de mí con fines de prueba.

## **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Comprendo que si califico para servicios a través de un programa financiado por subvenciones, como Ryan White o el Programa de Planificación Familiar del Departamento de Servicios de Salud del Estado (Título X), estos recursos son los pagadores de último recurso. Como pagadores de último recurso, los programas financiados por subvenciones pueden no continuar mi elegibilidad si en la actualidad o en el futuro tengo cobertura de Medicare, Medicaid y/o seguro de terceros. Por lo tanto, acepto informar de inmediato cualquier cambio en mi situación financiera y/o cobertura de seguro al Especialista especialistas en requisitos y los seguros. Si no informo adecuadamente cambios en mi situación financiera y/o cobertura de seguro, y si esos cambios resultan en mi inelegibilidad para servicios bajo un programa financiado por subvenciones, comprendo que soy completamente responsable de los costos de los servicios prestados por Legacy.

## **CESIÓN DE SEGURO**

Al firmar a continuación, si soy elegible para Medicaid, Medicare y/o cobertura de seguro de terceros mientras sea cliente de Legacy, autorizo a Legacy a proporcionar a Medicaid, Medicare y/o a mi aseguradora de terceros toda la información necesaria, incluido mi estado de VIH, para procesar mi reclamación. También por la presente cedo a Legacy todos los pagos recibidos de Medicaid, Medicare y/o una aseguradora de terceros por los servicios y tratamientos que me proporciona Legacy. Comprendo que puedo ser responsable de pagar cualquier co-pago requerido antes de ser atendido por un profesional de la salud. También entiendo que soy responsable de los costos de los servicios y tratamientos entregados por Legacy que no estén cubiertos por mi seguro.

## **PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN**

Legacy participa en estudios de investigación, que pueden involucrar tratamientos probados o experimentales. Al firmar a continuación, autorizo al personal de Legacy a revisar mi información para determinar si califico para participar en estudios actuales o futuros. Si califico, se me notificará y se me dará la oportunidad de aceptar o rechazar la participación en la investigación. Mi firma a continuación no implica que acepte participar en un estudio de investigación.

## **E-PRESCRIPCIONES**

Las e-prescripciones, e-rayos X o recetas electrónicas son recetas generadas por computadora creadas por su doctor y enviadas directamente a su farmacia. Legacy participa en la e-prescripción porque nos preocupamos por su salud y bienestar, y la e-prescripción tiene múltiples beneficios. Al dar mi consentimiento, Legacy también puede acceder a un historial de mis recetas actuales y pasadas. Esta información crítica ayuda a Legacy a confirmar la seguridad de mis recetas y a minimizar las interacciones peligrosas con otros medicamentos.

## **COMUNICACIONES**

Entiendo que mi dirección de correo electrónico y otra información de contacto que he proporcionado serán utilizadas por Legacy para diversos fines, incluyendo, pero no limitados a, recordatorios de citas, recordatorios para la surtido de recetas de medicamentos recetados y registro en el portal de pacientes de Legacy. El portal de pacientes seguro de Legacy permite a los pacientes comunicarse con sus proveedores de cuidados de salud y acceder a cierta información en sus historiales médicos, como listas de medicamentos, ciertos resultados de laboratorio y registros de inmunización, sin embargo, estas características pueden cambiar de vez en cuando. Comprendo que mi dirección de correo electrónico será utilizada por Legacy para crear una cuenta segura en el portal, pero que se me requerirá establecer mi información de inicio de sesión para acceder al portal

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE DEBE CONOCER SOBRE TELESALUD/TELEMEDICINA EN LEGACY**

### **Limitaciones de la telemedicina/ telesalud**

Como paciente de Legacy que recibe servicios a través de telemedicina/telesalud, su doctor está obligado a proporcionar un aviso (una explicación) sobre los servicios de telemedicina/telesalud, incluidos los riesgos y beneficios de ser tratado a través de la telemedicina/telesalud, cómo recibir atención de seguimiento o

asistencia en caso de una reacción adversa al tratamiento o en caso de una incapacidad para comunicarse como resultado de una falla tecnológica o de equipo.

### **Necesidad de evaluación en persona**

Como paciente de Legacy que recibe servicios a través de telemedicina/telesalud, su doctor está obligado a informarle antes de concluir el encuentro si no puede proporcionar toda la información clínica pertinente que un proveedor de cuidados de salud que ejerce la atención y cuidado ordinario consideraría razonablemente necesaria para la práctica de la medicina o servicios de salud a un nivel aceptable de seguridad y calidad en el contexto de ese encuentro médico en particular. Si eso sucede, su doctor está obligado a aconsejarle que obtenga una evaluación médica adicional que sea razonablemente capaz de satisfacer sus necesidades.

### **Derechos y responsabilidades, grabación de citas de telemedicina**

Entiendo que al aceptar participar en los servicios de telemedicina/telesalud de Legacy, no grabaré el audio y/o audio/video de los miembros del personal de Legacy sin su permiso expreso obtenido previamente antes de cualquier grabación. La violación de esta limitación de grabación puede resultar en que Legacy me solicite que destruya la grabación, incluyendo cualquier publicación de los materiales que se hayan compartido, y también puede resultar en que Legacy suspenda los servicios de telemedicina/telesalud para mí.

### **QUEJAS A LA JUNTA**

Como paciente de Legacy que recibe servicios, si desea presentar una queja o reclamación ante la Junta de Medicina de Texas o el Gerente de Riesgos de Legacy, comuníquese con Legacy en [compliance@legacycommunityhealth.org](mailto:compliance@legacycommunityhealth.org), (832) 548 5018 o por correo a: PO Box 66308, Houston, TX 77266. No se le penalizará por presentar una queja.

### **Términos de consentimiento**

Entiendo que mi consentimiento es necesario para que Legacy me ofrezca servicios y que algunos puntos pueden no aplicarse a mi situación actual. También entiendo que, con el fin de proporcionar atención integral durante esta y futuras visitas, y para evaluar mi elegibilidad para programas, se requiere mi firma a continuación para indicar mi acuerdo con este documento en su totalidad. Al firmar este formulario, reconozco y acepto los términos, la información y las obligaciones contenidas en este documento. Estoy dando este consentimiento de forma voluntaria. He tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información en este paquete, específicamente, pero no limitado a, las disposiciones sobre obligaciones financieras y cesión de beneficios.

Reconozco que no tengo preguntas o que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente en un idioma que entiendo. Firmando este documento libremente y acepto cumplir con sus términos. Comprendo que este documento seguirá en vigor hasta que revoque mi consentimiento, en cualquier momento, por escrito. También entiendo que revocar esta autorización no afecta las acciones tomadas previamente basadas en este consentimiento.

Al firmar este formato, doy fe que todas las declaraciones que he hecho, incluyendo mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Acepto proporcionar al personal de elegibilidad de Legacy cualquier información necesaria para confirmar las declaraciones sobre mi elegibilidad. Entiendo que proporcionar información falsa podría resultar en la descalificación de la elegibilidad y una posible obligación de reembolso. También acepto informar al personal de elegibilidad si cambia mi ingreso o el número de personas en mi familia.

Mi firma a continuación certifica que se me ha proporcionado un Paquete de Información para Pacientes, que incluye:

- Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica cómo se manejará mi información de salud en diversas situaciones;
- Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente, con la que acepto cumplir;
- Política de Comentarios/Preocupaciones/Quejas/Reclamos para presentar quejas;
- Hoja de Información sobre la Prescripción Electrónica; y
- Acuerdo del Paciente de Legacy.

Al firmar este formulario, y/o mis iniciales arriba, certifico que se me ha brindado amplia oportunidad para hacer preguntas, todas las preguntas se han respondido satisfactoriamente, y doy mi consentimiento a lo anterior en mi nombre, o en nombre de mi hijo menor, y se me ha proporcionado un Paquete de Información para Pacientes, que incluye:

- Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica cómo se manejará mi información de salud en diversas situaciones;
- Declaración de Derechos y Responsabilidades del Cliente, con la que acepto cumplir;
- Política de Comentarios/Preocupaciones/Quejas/Reclamos para presentar quejas;
- Hoja de Información sobre la Prescripción Electrónica; y
- Acuerdo del Paciente de Legacy.

---

Firma del cliente o padre/Custodio o apoderado legal

---

Fecha

---

Firma de la persona que ayudó a completar este formulario

---

Fecha

---

Firma del testigo

---

Fecha