

CONTRATO DE SERVICIOS DE COMMUNITY REACH CENTER



TIER: _____ MRN: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____
(MM/DD/YYYY)

Consentimiento para tratamiento

_____ Doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento y atención médica conductual de parte de los proveedores de servicios médicos conductuales de Community Reach Center, lo cual incluye exámenes, evaluaciones, asesoramiento y consultas con el personal que brinda servicios psiquiátricos y de enfermería. Entiendo los riesgos y beneficios de los servicios de salud conductual, incluidos los riesgos que implica rechazar un servicio específico. Entiendo que puedo preguntar qué servicios alternativos hay disponibles, solicitar una segunda opinión, participar activamente en la creación de mi plan de atención y/o revocar este consentimiento en cualquier momento.

Iniciales

_____ **Certifico que tengo la custodia legal del paciente mencionado y/o que estoy facultado para tomar decisiones médicas en su nombre.**

Iniciales

Aviso sobre confidencialidad

En CRC protegemos la confidencialidad de todos nuestros pacientes de conformidad con las leyes y reglamentos federales y estatales sobre privacidad, entre los que se incluyen aquellos que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con adicción a las drogas o alcohol, 42 CFR parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR parte 160-164, y las Leyes Revisadas de Colorado (CRS 27-65-101 et. seq. y Norma CF.1 et. seq.). Existen excepciones a la regla de confidencialidad, algunas de las cuales se indican en la sección 12-43-218 y en la notificación de derechos a la privacidad que recibió, donde se describe de qué formas la agencia puede usar y divulgar su información médica para brindarle el tratamiento, procesar pagos, realizar operaciones de atención médica, o de cualquier otra manera permitida. Le podemos explicar estas y otras excepciones, asimismo, le comunicaremos si alguna de estas situaciones surge durante la terapia. En general, estas excepciones incluyen un "riesgo de daño grave para usted o para otros", como en el caso de abuso infantil, abuso de adultos mayores/en estado de vulnerabilidad, suicidio, discapacidad grave; en virtud de una orden judicial; o en respuesta a cualquier acción legal que usted adopte en contra de esta agencia. Puede contactar al Oficial de Privacidad de la agencia señalado en la notificación si tiene una pregunta o queja.

_____ **Me han entregado una copia del Manual para Pacientes de Community Reach Center y comprendo cuáles son mis derechos y responsabilidades como paciente o como tutor legal del paciente.**

Iniciales

Consentimiento del uso de Telesalud para consultas por video en vivo

Entiendo que, para recibir servicios a través del método de Telesalud, la legislación de Colorado exige que indique que acepto lo siguiente:

1. Tengo la opción de rechazar la entrega de servicios a través del método de Telesalud en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a los servicios presenciales y sin arriesgarme a perder o a que me retiren algún servicio de intervención temprana al que, de otro modo, mi hijo y/o yo tendríamos derecho.
2. Se aplicarán a los servicios todas las protecciones a la confidencialidad correspondientes, según se definen en el Manual para pacientes de Community Reach Center.
3. Tendré acceso a toda la información que resulte de las sesiones realizadas a través de Telesalud según lo dispuesto por la ley vigente.

Doy mi consentimiento para el uso del método de Telesalud.

Rechazo el uso del método de Telesalud.

Firma del paciente o representante autorizado

TIER: _____ MRN: _____



Consentimiento a las comunicaciones por correo electrónico/mensaje de texto

Confirmando que deseo comunicarme con el personal de Community Reach Center por correo electrónico o mensaje de texto y declaro lo siguiente:

- He solicitado utilizar correo electrónico/mensajes de texto. Si yo o el personal decidimos detener el uso del correo electrónico/mensajes de texto, nuestra decisión será respetada. Para reanudar dicho uso, se necesitará un nuevo formulario de consentimiento a las comunicaciones por correo electrónico/mensajes de texto.
- Entiendo que los mensajes de texto pueden incurrir en los cargos regulares y que Community Reach Center no me los reembolsará.
- Es mi responsabilidad informar lo antes posible sobre cualquier cambio de dirección de correo electrónico, número de teléfono, o extravío de un teléfono móvil.
- Las comunicaciones por correo electrónico/mensaje de texto no son seguras, así que no se puede garantizar su confidencialidad.
- No se proporcionarán servicios terapéuticos por correo electrónico/mensaje de texto.
- No se enviarán correos electrónicos/mensajes de texto con avisos urgentes: los mensajes no se monitorean regularmente y la comunicación por correo electrónico/mensaje de texto no es apta para intervenciones en casos de crisis.
- Entiendo que Community Reach Center tiene prohibido proporcionar información de facturación por correo electrónico o mensaje de texto.
- Entiendo que todas las comunicaciones por correo electrónico/mensaje de texto se documentarán en mi expediente y podrán ser revisadas por quienes tengan acceso autorizado a mi información médica.
- He entendido las condiciones establecidas y se me ha informado de los riesgos que afectan la protección de datos.

Autorizo las comunicaciones por **Correo electrónico. Dirección:** _____
Mensaje de texto. Número: _____

Rechazo el uso de comunicaciones por correo electrónico/mensaje de texto

Firma del paciente o representante autorizado

Conocimiento del plan de emergencia y procedimientos de evacuación

Iniciales _____ Reconozco que me han enseñado las salidas de emergencia y/o el refugio del edificio, así como los procedimientos generales de la agencia en caso de que se produzca una emergencia en todo el edificio. Me han explicado esta información de tal manera que entiendo su contenido y propósito. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me las respondan.

Yo, el abajo firmante, como paciente o tutor legal de un paciente menor de edad, certifico que he leído y entiendo completamente este Consentimiento para tratamiento y contrato de servicios de salud conductual; que lo he firmado de forma consciente, libre y voluntaria; y que acepto cumplir sus condiciones. Nadie me ha hecho promesas o garantías, expresas o implícitas, acerca de los resultados que pueden obtenerse con algún tratamiento o servicio.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde

Firma del Personal

Fecha

La información que contiene este documento es de propiedad exclusiva. Se prohíbe su reproducción o conversión, ya sea de forma parcial o total. Asimismo, dicha información no puede divulgarse sin el previo consentimiento.

Community Reach Center ("la Empresa") y sus directores, empleados y asesores no realizan declaraciones ni ofrecen garantías, expresas o implícitas, en el presente ni en el futuro, ni aceptan o aceptarán responsabilidad alguna en relación con la exactitud o integridad de este documento o de otros documentos escritos o información verbal que se comunique con relación a la Empresa.

Se prohíbe estrictamente toda forma de reproducción, difusión, copia, divulgación, modificación, distribución y/o publicación de este material.