PENDLETON COMMUNITY CARE, INC.

Cuidado Comunitario de Pendleton	Atención Primaria North Fork	Centro de Salud Harman
82 Pine Street	16921 Mountaineer Drive	Calle Mott 15
Apartado de correos 100	Apartado de correos 101	Cajón de la Oficina de Correos 14
Franklin, WV 26807	Riverton, WV 26814	Harman, WV 26270
304-358-2355	304-567-2101	304-227-4134

FECHA: _____ LISTA # _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____PRIMERO_____INICIAL MEDIA____

DIRECCIÓN:_____

CIUDAD _____ STATE/ZIP _____

TELÉFONO DE CASA: ( )_____ TELÉFONO DE TRABAJO ( )_____

TELÉFONO MÓVIL: ( )_____SEGURIDAD SOCIAL # _____

CORREO ELECTRÓNICO:_____ PERMISO PARA DEJAR MENSAJE DE VOZ ☐ SÍ ☐NO

VETERANO: ☐SÍ ☐ NO **TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRATORIO**: ☐SÍ ☐ NO

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEXO**: ☐ M ☐ F
ESTADO CIVIL: ☐SOLTERO ☐CASADO ☐DIVORCIADO ☐VIUDOS ☐SEPARADOS ☐OTROS

GRUPO RACIAL CON EL QUE MÁS TE IDENTIFICAS: ___Afroamericano __Indio americano o nativo de Alaska ____ Asian____ Black_____ Europeo _____ Hawaiano nativo _____ Otros asiáticos ____ Pacific Islander_____ White ____ Other_____ Más de una Race_____

ETNICIDAD: ☐Latino/Hispano ☐ No latino/no hispano **LENGUA PRIMARIA**: _____

EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: ( )_____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: ( )_____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: ( )_____ NÚMERO DE TELÉFONO ( )_____

INFORMACIÓN DE LOS FAMILIARES MÁS CERCANOS

NOMBRE:_____ RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (_____)_____- _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

COMPAÑÍA PRINCIPAL DE SEGUROS: _____

POLÍTICA # _____ GRUPO # _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA: _____

POLÍTICA# _____ GRUPO #_____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR (OPCIONAL)

HAZ UNA LISTA DE LOS MIEMBROS DE TU FAMILIA QUE ESTÁN EN EL HOGAR.

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PC)

¿ES PENDLETON COMMUNITY CARE, INC. TU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA? ☐SÍ ☐NO

SI ES ASÍ, ¿QUÉ PROVEEDOR:

_____

Autorización y consentimiento para que los proveedores integrados de atención primaria y servicios de salud conductual evalúen, traten y compartan información confidencial

Consentimiento y autorización del paciente

Autorización y consentimiento para la evaluación y tratamiento: Por la presente consiento, autorizo y doy permiso a los proveedores de atención sanitaria acreditados de Pendleton Community Care, Inc. ("PCC") para evaluar y tratar la(s) condición(es) para la cual yo (o mi hijo o mi dependiente, si este consentimiento y autorización se ejecuta en nombre de un menor no mancipado u otro dependiente para el que el abajo firmante esté autorizado a actuar, si así se indica a continuación) han buscado evaluación y/o tratamiento por parte del PCC.

Autorización y consentimiento para compartir información: También consiento, autorizo y doy permiso a los proveedores de atención sanitaria acreditados de Pendleton Community Care, Inc. ("PCC") y al personal de apoyo clínico y administrativo de la misma para utilizar y compartir información sanitaria protegida según la definición de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) u otras leyes y estatutos aplicables, incluyendo información sobre mis condiciones, diagnósticos y/o tratamientos, y también información relacionada con el abuso de sustancias, la salud mental o el historial médico. Esta es una autorización completa que incluye información relacionada con la salud conductual/mental, el tratamiento del abuso de drogas y alcohol (en cumplimiento con la Parte 2 del 42 CFR), información genética, VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual, servicios de planificación familiar u otros servicios para los cuales el uso de información sanitaria protegida está limitado, condicionado o restringido por ley. Una vez que mi información sanitaria protegida se comparte y se libera, el destinatario puede divulgar o compartir mi información con otros y mi información puede dejar de estar protegida por las protecciones federales y estatales de privacidad.

Entiendo que el propósito de compartir información es ayudarme a recibir una mejor atención. Entiendo y acepto que mi información sanitaria protegida puede ser utilizada o divulgada para tratamiento, pago y operaciones sanitarias, y según lo permita la ley. Esto incluye utilizar, compartir y divulgar dicha información sanitaria protegida con otros proveedores y organizaciones sanitarias que puedan estar prestándome atención y que no formen parte de la organización PCC. Entiendo que tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de PCC antes de firmar esta autorización y consentimiento. También entiendo que puedo solicitar restricciones en el uso y divulgación de mi información sanitaria protegida y que dicha restricción solo es vinculante si y en la medida acordada por la PCC. Entiendo que PCC no tiene que aceptar la restricción.

Consentimiento para el uso de herramientas de inteligencia artificial para la documentación clínica

Entiendo que el PCC puede utilizar software y herramientas de inteligencia artificial ("herramientas de IA") durante mi atención con un proveedor en el PCC para ayudar con la documentación clínica, incluyendo la tecnología de dictado con escriba utilizada para convertir palabras habladas en texto con el fin de documentar información médica de manera eficiente y precisa.

Entiendo que cualquier información verbal proporcionada por mí o por mi proveedor puede ser registrada usando las herramientas de IA. Las herramientas de IA procesan y transcriben las palabras habladas que contribuyen a la creación de mi historial médico. El uso de estas herramientas de IA mejora la eficiencia de la documentación, apoya la precisión y completitud de las notas clínicas, reduce la carga

administrativa para los proveedores y permite que mi proveedor centre más atención en mí durante la visita.

Entiendo que PCC ha implementado salvaguardas para proteger la privacidad y seguridad de los pacientes con las herramientas de IA, incluyendo exigir a mi proveedor de PCC revisar y validar cualquier transcripción generada por las herramientas de IA. Sin embargo, entiendo que, como ocurre con otros sistemas electrónicos, existe el riesgo ocasional de errores técnicos, accesos no autorizados y/o fallos de sistema asociados al uso de herramientas de IA.

Entiendo que las herramientas de IA son una ayuda para mi profesional y no sustituyen en absoluto el juicio profesional ni la capacidad de toma de decisiones clínicas de mi profesional. También entiendo que los proveedores que utilizan las Herramientas de IA han firmado y aceptado seguir una política organizativa de PCC que establece directrices para el uso adecuado y aceptable de las Herramientas de IA.

Entiendo que la información creada, recibida o mantenida mediante el uso de herramientas de IA puede incluir información sanitaria protegida y puede ser utilizada o divulgada conforme a la ley aplicable, el Aviso de Prácticas de Privacidad de la PCC y otras autorizaciones y consentimientos que he firmado. Entiendo que mi tratamiento en PCC no está condicionado a mi consentimiento para el uso de herramientas de IA.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información contenida en este documento de Autorización y Consentimiento del Paciente y he tenido la oportunidad de que se respondan mis dudas.

Entiendo que puedo optar por cancelar y revocar (por escrito) este documento de Autorización y Consentimiento en cualquier momento (pero dicha rescisión, por supuesto, no será efectiva para ningún servicio o tratamiento prestado antes de recibir dicha notificación de rescisión).

Nombre: _____ (Por favor, imprime)

Firma: _____

Fecha: _____/_____/ _____

Este formulario es efectivo tras la ejecución hasta que sea revocado o rescindido según lo establecido aquí o tras la finalización de la relación del paciente con PCC.

ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES

Por la presente autorizo a Pendleton Community Care, Inc. a proporcionar información a las aseguradoras sobre mi atención primaria, enfermedad y tratamientos, y por la presente cedo a Pendleton Community Care, Inc. todos los pagos por servicios médicos prestados a mis dependientes o a mí mismo. Entiendo que soy responsable económicamente de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las admisiones del seguro.

X _____ X _____

(NOMBRE DEL PACIENTE – IMPRESO) (FIRMA DEL PACIENTE)

FIRMA DEL PROGENITOR O TUTOR (SI ES MENOR)

_____

MEDICARE / MEDICAID

Autorización para los servicios del proveedor:

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare y/o Medicaid se realice a mí o en mi nombre a Pendleton Community Care, Inc., por cualquier servicio que me proporcione ese proveedor. También autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a facilitar a la Administración de Financiación de Servicios Médicos y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por los servicios relacionados.

X _____ _____

FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL PROGENITOR O TUTOR (SI ES MENOR)

_____ _____

NÚMERO DE SEGURO MÉDICO FECHA DE VIGENCIA

_____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI ESTÁ LISTADO)

Pendleton Community Care, Inc.

PERMISO PARA HABLAR DE PHI

Por la presente doy mi permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación para autorizar el tratamiento y recibir información sobre la atención del paciente mencionado anteriormente:

NOMBRE	RELACIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SI EL PACIENTE ES TU DEPENDIENTE Y/O MENOR DE 18 AÑOS:

¿Eres tú (por favor, rodea uno): Padre Tutor Legal

Nombre del(los) tutor(es) legal(es) o padres: _____

**Si eres el tutor legal, tutor o custodia, se requieren documentos que demuestren la custodia del niño

PODER NOTARIAL MÉDICO

Nombre del poder notarial médico:
**Por favor, proporcione una copia de los documentos legales notariales para el poder notarial médico.

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento.

_____

Nombre del paciente – Impreso Fecha: _____/ _____ / _____

_____

Firma del paciente

_____

Firma del padre/tutor legal/poder notarial médico

Pendleton Community Care, Inc.

Cuidado Comunitario de Pendleton	Atención Primaria North Fork	Centro de Salud Harman
314 Pine Street	16921 Mountaineer Drive	1 Mott Street
Franklin, WV 26807	Riverton, WV 26814	Harman, WV 26270

Consentimiento para obtener historial de medicación

Al firmar a continuación, doy permiso a **Pendleton Community Care, Inc.** para acceder electrónicamente a mi historial de medicación. Este consentimiento permitirá **a Pendleton Community Care, Inc.** a:

- Descarga una lista histórica de todos los medicamentos que te ha recetado un profesional.

_____ _____ _____

Nombre del paciente (impreso) Fecha de nacimiento Fecha

_____ _____

Firma del paciente/Padre/Tutor Legal Fecha

Centro de Salud Harman de Atención Primaria Pendleton Community Care North Fork

Acuse de recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Certifico que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Pendleton Community Care, Inc. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información sanitaria protegida que puedan ocurrir para mi tratamiento, el pago de mis facturas o en el desempeño de las operaciones sanitarias de Pendleton Community Care, Inc. y para otros fines que se permiten o que la ley lo requiera. También describe mis derechos a acceder y controlar mi información sanitaria protegida. El Aviso de Prácticas de Privacidad también se coloca en la sala de espera de Pendleton Community Care, North Fork Primary Care y Harman Health Center, así como en la página web (www.pccnfc.org).

Entiendo que Pendleton Community Care, Inc. se reserva el derecho de cambiar mis prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Puedo obtener un Aviso revisado de Prácticas de Privacidad llamando a Pendleton Community Care, Inc. y solicitando que se envíe una copia revisada por correo, solicitando una en la fecha de mi próxima cita o accediendo a la página web (www.pccnfc.org).

_____

Firma del paciente o representante personal

_____

Nombre del paciente o representante personal

_____/_____/ _____

Fecha

_____

Descripción de la autoridad del representante personal