

Formulario de consentimiento del paciente

Nombre del paciente

Fecha de
Nacimiento.

Número de
Teléfono

Autorización y consentimiento general para el tratamiento

Por el presente, doy mi consentimiento y autorizo la administración y ejecución del tratamiento que, a juicio de mi proveedor de atención médica (proveedor del paciente), puede considerarse necesario o aconsejable. Autorizo a Molina Healthcare, Inc. y sus filiales ("Molina Healthcare"), incluidas, entre otras, Molina Care Connections, LLC ("Care Connections") a divulgar cualquier información médica y de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) requerida durante el curso del examen y tratamiento.

1. Yo, como firmante, doy mi autorización para que los proveedores médicos de Care Connections me realicen, o al menor de edad del que soy padre o tutor, la totalidad de pruebas, tratamientos y procedimientos necesarios durante el curso del estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
2. Entiendo que los proveedores médicos de Care Connections no me han otorgado garantías como resultado del tratamiento o los exámenes.
3. Doy mi consentimiento para divulgar la información médica y la PHI a otros médicos, instituciones o agencias que acepten al paciente para atención médica o institucional, y doy mi consentimiento para divulgar la información médica y la PHI al plan de salud del paciente, u otras entidades, para el tratamiento, el pago u otras operaciones de atención médica. Asimismo, doy mi autorización para divulgar mi PHI (médica o personal) a dichas agencias gubernamentales, según requieran los proveedores médicos de Molina Healthcare o Care Connections, conforme a las leyes, normas, regulaciones o por contrato. Doy mi consentimiento para que Molina Healthcare o Care Connections soliciten y divulguen mi PHI (médica o personal), con el fin de que me brinden atención médica o tratamiento.
4. Acepto que una fotocopia de este consentimiento es tan válida como la original.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal del
paciente en letra de imprenta

Relación

Acuse de recibo conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad ("Notificación"), que establece cómo podemos usar o divulgar su PHI. Firme este formulario para acusar recibo de la Notificación. Puede negarse a firmar este acuse de recibo, si lo desea.

Confirmando que recibí una copia de la Notificación de las normas de privacidad del consultorio.

Firma del paciente o de su representante personal

Relación

Fecha

Consentimiento para Recibir Llamadas, Mensajes de Texto, Correos Electrónicos y Telemedicina

Al proporcionar el número telefónico y la firma indicados anteriormente, confirmo que comprendo y acepto los siguientes enunciados:

1. Molina Healthcare/Care Connections, o sus socios comerciales, pueden comunicarse conmigo mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto, correo electrónico o telemedicina a través del uso de información electrónica y tecnologías de telecomunicación (como audio o videoconferencia) en relación con mi información de Molina Healthcare/Care Connections.
2. Molina Healthcare/Care Connections, o sus socios comerciales, podrían generar las llamadas, los mensajes de texto o los correo electrónicos a través de la marcación automática; a su vez, estas comunicaciones podrían realizarse con voces pregrabadas o artificiales.
3. Los mensajes de texto o correos electrónicos que Molina Healthcare/Care Connections me envíe no se cifrarán. Personas no autorizadas pueden leer esta información. Es mi deber mantener mi teléfono celular seguro. Comprendo que, una vez que acepto este consentimiento mediante la firma a continuación, Molina Healthcare/Care Connections no será responsable de la publicación de esta información.
4. Comprendo que no estoy obligado a firmar este consentimiento como condición para recibir los beneficios de atención médica por parte de Molina Healthcare/Care Connections.

Firma del paciente o de su representante personal

Relación

Fecha

SOLO PARA USO EN EL CONSULTORIO Hemos hecho un intento de buena fe para obtener un acuse de recibo escrito de la Notificación de privacidad de Molina Healthcare/Care Connections por parte del paciente mencionado anteriormente; sin embargo, no fue posible debido a los siguientes motivos:

- El paciente o su representante personal se negaron a firmar.
- Debido a una situación de emergencia, no fue posible obtener una confirmación.
- No pudimos comunicarnos con el paciente.
- Otro motivo (proporcione detalles específicos)

Firma del miembro del equipo de Molina Healthcare/Care Connections

Fecha