

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b> / /
-----------------------------	------------------------------------

Para proporcionarle el mejor cuidado, Siloam necesita su consentimiento para tratarlo, su autorización para adquirir sus records médicos previos, y su permiso para divulgar su información médica cuando sea necesario.

**Cuando podemos usar y compartir su información médica:**

- Para tratarlo
- Para referirlo a un especialista fuera de nuestra oficina
- Para ayudarlo con problemas de salud pública y seguridad
- Para fines de nuestra organización
- Para cumplir con requerimientos de la ley
- Con fines investigativos

**Al firmar esta forma:**

1. Usted consiente en tratamiento médico, farmacéutico, servicios pastorales, servicios de trabajador social y servicios de salud mental, provistos por la clínica Siloam.
2. Usted da permiso a Siloam para obtener su historia clínica previo.
3. Usted autoriza la divulgación de sus records médicos, incluyendo todos los resultados de laboratorio e información pertinente adquirida durante su tratamiento, a otros médicos y proveedores de atención medica involucrados en tratamientos futuros.
4. Usted está de acuerdo en permitir a su médico primario discutir su cuidado médico con otros médicos de Siloam.
5. Usted da permiso a Siloam para compartir sus registros de vacunas con el Departamento de Salud y registro de vacunas TennIS.
6. Usted tiene el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento en forma escrita. Cancelando esta autorización no afectará ninguna acción tomada antes de esta cancelación.
7. La copia de esta autorización es aceptable con la misma eficacia del original.
8. Firmar esta autorización es un acto voluntario. Su tratamiento, pagos, inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para los beneficios no será afectada por su autorización de esta divulgación.

**Si usted está inscrito en el Programa de Asistencia de Medicamentos en Siloam Health Melrose, al firmar esta forma:**

1. Usted esta dando permiso de divulgar su información personal y médica con el fin de solicitar medicamentos en su nombre al Programa de Asistencia de Medicamentos para Pacientes (PDAP) de las compañías farmacéuticas. La información se compartirá solo en la medida necesaria para procesar la solicitud de medicamento (s).
2. Usted esta dando permiso de **firmar su nombre** en las solicitudes del Programa de Asistencia de Medicamentos para Pacientes (PDAP) de las compañías farmacéuticas con el fin de solicitar medicamentos en su nombre.

**Consentimiento para dejar mensajes:** ¿Siloam tiene su consentimiento para dejar resultados de laboratorio u otra información médica en su contestador automático o correo de voz?    SI \_\_\_\_\_    NO \_\_\_\_\_

**Consentimiento para enviar mensajes de texto:** ¿Siloam tiene su consentimiento para enviar recordatorios de sus citas a través de su teléfono celular via SMS mensaje de texto?    SI \_\_\_\_\_    NO \_\_\_\_\_

Favor liste sus contactos de emergencia y las personas autorizadas para recibir información acerca de su cuidado médico y medicamentos

Nombre	No. de teléfono	Parentesco	Contacto de Emergencia?	Recibir información y med?
1.			SI / NO	SI / NO
2.			SI / NO	SI / NO

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud con respecto a mi cuidado y tratamiento sea divulgada como se establece en este formulario:

X _____	/ /
<b>Firma del/de la paciente (Padre de familia o pariente, si el paciente es menor de edad 18)</b>	<b>(Fecha de Hoy)</b>

Indique la relación si firma por alguien que no sea el/la paciente (padre de familia, representante legal, trabajador/a social, etc.)  
 Este consentimiento y autorización se aplica a toda la información de salud y se mantiene activo por un año después de ser firmado.  
 Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Siloam.

**AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)**

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA" la sigla en inglés), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida ("PHI" otra sigla en inglés). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en mi tratamiento directa e indirectamente
- Obtener el pago de terceros pagadores (aunque la práctica actual de Siloam es de no facturar a los planes de seguro)
- Realizar operaciones normales de atención médica, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones de médicos

**POLITICAS DE LOS PACIENTES DE SILOAM HEALTH MELROSE****Política de Prueba de Ingreso en Siloam Health Melrose**

Siloam no es una clínica gratuita. Podemos ofrecer tarifa de precio reducido basado en sus ingresos debido a un fondo generoso de donaciones. Por lo tanto, PRUEBA DE INGRESO (POI) es requerida para todos los pacientes. Los pacientes de Siloam DEBEN de proveer prueba de Ingreso anualmente o cada seis meses si recibe talones de cheque.

**Política de Citas Pérdidas en Siloam Health Melrose**

Usted recibirá un cargo de \$10 si usted no cumple con su cita programada o no llama para cambiar su cita 24 horas antes. Si usted repetidamente pierde sus citas, tendrá sanciones con la posibilidad de no ser más paciente de Siloam dependiendo del nivel de citas perdidas.

**Política de Cobertura de Seguro Medico en Siloam Health Melrose**

La Clínica Siloam existe para proveer servicios de salud para aquellos que no tienen otro lugar adonde ir. Para cumplir nuestra misión, nosotros revisamos cada año si cada paciente tiene acceso a cobertura de seguro médico. Nosotros le haremos saber cuándo haremos la revisión, y si usted tiene cobertura activa de seguro médico le ayudaremos a encontrar un nuevo doctor que reciba su plan médico.

**Plan de Pago es Requerido para los Balances Altos en Siloam Health Melrose**

Nuestro objetivo para los pacientes de Siloam es que estén preparados para prosperar en el sistema de salud actual en este país. Una manera de preparar a nuestros pacientes es enseñarles como tomar responsabilidad de sus gastos médicos. Estamos requiriendo a los pacientes con balances de más de \$100 de hacer un plan de pago que se ajuste a su situación financiera.

Yo, o mi representante legal, entiendo mis derechos de privacidad y está de acuerdo con las políticas de la clínica Siloam Health Melrose.

X   
Firma del paciente (Padre o representante legal si el paciente es menor de 18)

(fecha de hoy)

Indique la relación si firma por alguien que no sea el paciente (padre de familia, representante legal, trabajador/a social, etc.)

Este acuerdo firmado se mantiene activo por un año después de haber sido firmado.