

## **Autorización para Tratamiento y Reconocimiento de Notificación de Prácticas de Privacidad por parte del Paciente**

### **AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO**

Autorizo a Premise Health a que me sean efectuados todos los exámenes médicos, pruebas y tratamientos necesarios y razonables. Solicito voluntariamente al proveedor, que explique la naturaleza, los riesgos y el propósito de un examen médico, pruebas y tratamiento, incluidas las posibles alternativas, si no doy mi autorización para el tratamiento. Entiendo que puedo cambiar de opinión sobre el tratamiento. Si tengo alguna pregunta sobre mi examen, prueba o tratamiento, Premise Health y el proveedor no procederán con el mismo, salvo que se trate de una emergencia, hasta que dichas preguntas hayan sido respondidas para que yo esté completamente informado.

Reconozco que es importante proporcionar toda mi información médica relevante a Premise Health y a mi proveedor, y en la medida en que se necesiten y realicen exámenes, pruebas o tratamientos adicionales, puede que sea necesario que yo deba leer y firmar autorizaciones adicionales.

Hago saber que no se me ha ofrecido ninguna garantía sobre un resultado médico, efecto o cura definitiva.

Para atender mejor a nuestros pacientes, Premise Health ofrece algunos servicios de atención médica con combinaciones de comunicaciones de video interactivas, asincrónicas, teléfono y/o por medio de transmisión electrónica de información. Esto puede ayudar en la evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento de ciertas condiciones de salud. Este proceso se conoce como "telemedicina" o "telesalud". En un encuentro de telesalud, un proveedor de atención médica puede evaluarlo y tratarlo desde un lugar distante. Dado que esto difiere de una evaluación tradicional, es importante lea, comprenda y acepte lo siguiente:

- Según mi opción, Premise Health puede proporcionar algunos servicios a través de telesalud. La telesalud ofrece un acceso conveniente y oportuno para los servicios de atención médica, pero no siempre es un sustituto para las consultas cara a cara. Entiendo que, al igual que cualquier tecnología, la telesalud tiene limitaciones. Aunque es poco probable, es posible que parte de la información se pierda debido a fallas técnicas. En última instancia, mi proveedor de atención médica puede determinar que la telesalud no es el medio más apropiado para tratar mi(s) afección(es). Entiendo que el uso apropiado de telesalud es una decisión que solo puede tomar mi proveedor.
- Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento y que no tengo que responder a preguntas que considero inapropiadas o que no estoy dispuesto a responder y que sean escuchadas por otros profesionales médicos en la sala con mi proveedor. No obstante, soy consciente de que las normas de confidencialidad de la salud se aplican a las sesiones de telesalud tal como lo harían en cualquier otro encuentro de atención médica. Si bien cualquier comunicación puede ser registrada y agregada a mis registros médicos, estas grabaciones y registros permanecen confidenciales. El portal de comunicaciones electrónicas de Premise Health encripta todas las transmisiones de datos y autentica a todos los usuarios antes de que estos puedan acceder a los datos de atención médica. Reconozco que a pesar de estas medidas de seguridad, sigue siendo posible, aunque poco probable, que los datos aún puedan ser comprometidos.
- Al ejecutar esta autorización, autorizo la transmisión electrónica de mi información. Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telesalud, no se tomarán medidas en mi contra que causen una demora en mi atención y que aún pueda tener una consulta cara a cara. También autorizo que la información de mi encuentro de telesalud sea enviada a mi proveedor de atención primaria, en caso de que mi proveedor de atención primaria sea distinto al proveedor que me ha atendido vía telesalud. **PUEDO DECLINAR QUE ESTA AUTORIZACIÓN SEA REMITIDA A MI PROVEEDOR PRIMARIO SI ESTE NO ES UN PROVEEDOR DE PREMISE HEALTH.**

He leído, o me ha sido leída, esta autorización para tratamiento y he quedado satisfecha con la explicación de la misma. Entiendo que esta autorización para tratamiento es válida desde la fecha en que la firme hasta que se termine la relación médico-paciente; se designe un nuevo representante de cuidados de la salud; o que yo revoque esta autorización. Entiendo que cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento invasivo que me sea propuesto, requerirá de una autorización informada por separado.

"Premise Health" significa Premise Health Employer Solutions LLC, junto con sus entidades afiliadas y organizaciones profesionales, incluyendo su personal profesional, técnico y administrativo que provee servicios como parte de la clínica Premise Health.

**Reconocimiento de Notificación de Prácticas de Privacidad:**

Hago saber que el día de hoy o en visita previa recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de Premise Health, y que sé que puedo recibir una copia con tan solo solicitarla o a través del sitio web de Premise Health.

Firma del Paciente/Representante Persona	Fecha
Nombre del Paciente/Participante (Favor imprimir)	Fecha de nacimiento
Relación del Representante Personal (padre/madre/guardián legal: _____)	

---

FOR SITE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- \_\_\_\_\_ Patient did not sign or refused to sign
- \_\_\_\_\_ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- \_\_\_\_\_ An emergency prevented us from obtaining acknowledgement
- \_\_\_\_\_ Other (Please describe: \_\_\_\_\_)