

CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

Abode Care Partners, una compañía formada por médicos autorizados, enfermeros de práctica avanzada y otros profesionales, junto con colaboradores externos independientes, ofrece servicios médicos a los pacientes en sus respectivos lugares de atención.

Consentimiento para el tratamiento médico y la cesión de beneficios

Yo, _____ (Paciente), autorizo a Abode Care Partners (ACP) a dar tratamiento médico al paciente, incluyendo, entre otros, exámenes, pruebas de diagnóstico y medicamentos. Entiendo que el Paciente recibirá atención médica de acuerdo con el plan que sus médicos consideren adecuado, y que tengo derecho a cancelar este consentimiento o rechazar el tratamiento médico para el paciente en cualquier momento. Autorizo a ACP a facturar al seguro del Paciente los servicios médicos prestados al paciente y que ACP está autorizado a facturar. Autorizo que se comparta la información médica necesaria para tramitar todos los reclamos del seguro médico. Entiendo que debo pagar mi parte de los gastos por la atención que recibo, como copagos o deducibles, o si no tengo seguro.

Servicios de manejo de la atención

ACP presta servicios para ayudar a manejar las condiciones médicas crónicas. Estos servicios pueden incluir Administración de la atención crónica (CCM), Monitoreo remoto de pacientes y Administración de la atención primaria avanzada (APCM). Estos servicios incluyen acceso a un equipo de atención, planes de atención electrónicos integrales, manejo de transiciones y otros servicios de administración de la atención que pueden incluir compartir información médica con otros proveedores. Entiendo que solo un proveedor puede prestar y facturar servicios de CCM/APCM durante el mes calendario. Al igual que con otros servicios médicos, puede haber responsabilidades de costos compartidos como copagos o deducibles. Entiendo que el Paciente tiene el derecho de suspender los servicios en cualquier momento informando a un miembro del equipo de ACP.

Servicios de telesalud

Entiendo que ciertos servicios se ofrecen por medio de telesalud y que cualquier persona presente virtual o físicamente durante un servicio de telesalud con el paciente puede recibir la información médica personal del Paciente. Entiendo que el Paciente puede dejar de usar los servicios de telesalud en cualquier momento informando a un miembro del equipo de ACP.

Dictado avanzado

Entiendo que, durante mis visitas, mi proveedor de atención médica usará herramientas de dictado avanzado (inteligencia artificial y transcripción automática) para ayudar con la documentación de mi información médica. Esta tecnología de dictado avanzado capturará y analizará nuestra conversación para generar notas clínicas, que el proveedor revisará y editará antes de agregar a mi expediente médico. Doy mi consentimiento para el uso de esta herramienta de dictado avanzado y entiendo que mi información médica personal se manejará de manera segura.

Comunicación electrónica

ACP puede comunicarse con los pacientes sobre su atención mediante correo electrónico o mensajes de texto. Estas comunicaciones pueden no ser seguras y terceros no autorizados podrían tener acceso a ellas.

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS: ACP ofrece una evaluación gratuita de la elegibilidad para recibir los servicios adicionales/relacionados de atención médica a domicilio ofrecidos por nuestros proveedores y afiliados, podrían beneficiar su salud y seguridad en el hogar. También hacemos un seguimiento de la satisfacción con los servicios prestados para garantizar que nuestros pacientes hayan conservado su salud y bienestar después del alta. Al dar su consentimiento, usted entiende que, si es elegible para recibir servicios nuevos o adicionales, puede elegir el proveedor, en caso de que decida aceptar cualquier otro servicio. Este Consentimiento para la evaluación de servicios autoriza expresamente la comunicación, que incluye, entre otros, llamadas telefónicas, correos electrónicos o mensajes de texto (como se indica abajo). Usted puede optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento. Tenga en cuenta que pueden aplicarse tarifas por mensajería y datos. Su respuesta a este Consentimiento para la evaluación de servicios no afectará su capacidad para recibir atención de ACP.

- Doy mi consentimiento para que se me contacte por correo electrónico en _____ o por teléfono o mensaje de texto en _____ sobre servicios médicos adicionales o relacionados ofrecidos por ACP y sus afiliados.
- No doy mi consentimiento para la evaluación gratuita de servicios.

Estoy de acuerdo en recibir servicios como se describen arriba: _____ Fecha: _____
(Firma del Paciente o representante legal)

Si es un representante legal: _____ Relación con el Paciente: _____
(Nombre en letra de molde)