



CONSENTIMIENTO INFORMADO / CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO / DERECHOS DEL PACIENTE / TELESALUD (IL)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Gracias por confiar sus necesidades de atención médica a Chestnut Health Systems, Inc. ("Chestnut"). En Chestnut, procuramos equipar a las personas con las herramientas necesarias para superar retos y mejorar su calidad de vida. Este documento contiene información importante sobre sus servicios en Chestnut. Pregunte cualquier cosa que no entienda.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los servicios de atención médica tienen beneficios y riesgos. Los servicios de tratamiento pueden ayudarlo a conocerse a usted mismo, manejar su vida y sus relaciones, ganar y mantener la esperanza y el sentido de bienestar, y tener varios otros efectos positivos en su vida. Sin embargo, los servicios de tratamiento pueden implicar trabajar en aspectos difíciles de su vida y puede experimentar sentimientos incómodos como tristeza, enojo, culpa, frustración u otras emociones.

Sus primeras visitas pueden implicar una evaluación de sus necesidades, seguida de recomendaciones para su tratamiento. Luego, trabajará con el personal de Chestnut para desarrollar un plan de tratamiento que delinearé sus objetivos de tratamiento y un plan para alcanzarlos. Su asistencia periódica y su participación activa son fundamentales para obtener los beneficios máximos del tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Busco servicios de Chestnut de forma voluntaria para fines de diagnóstico y tratamiento de atención médica. Por la presente, doy mi consentimiento para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento médico, de salud mental y de salud conductual que se consideren necesarios para mí o, en mi calidad de tutor legal, para el paciente.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- Las instalaciones de Chestnut no son centros de tratamiento cerrados.
- Me han explicado la información sobre la naturaleza y los propósitos de los programas, procedimientos y métodos de tratamiento de Chestnut para que pueda tomar una decisión informada.
- El tratamiento puede incluir intervenciones médicas, psiquiátricas, psicológicas, de consejería o de salud conductual.
- Autorizo al personal de Chestnut a determinar los métodos de tratamiento necesarios para el éxito de mi tratamiento.
- Los empleados de Chestnut pueden tener acceso a mi información de salud durante sus funciones, ya sea que yo sea un empleado, un familiar o que el personal de Chestnut me conozca personalmente.
- Este sitio es un centro de enseñanza y puede incluir médicos, enfermeros practicantes, dentistas, clínicos de salud conductual, residentes, becarios, estudiantes y otros profesionales en capacitación.
- Tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento. Entiendo que retirar el consentimiento puede resultar en el alta de los servicios, excepto que la ley aplicable disponga lo contrario.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las siguientes leyes y regulaciones y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito, excepto cuando se permita específicamente de otra manera:

- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA")
- 42 CFR Parte 2 (Confidencialidad de los Registros de Pacientes con Trastornos por Uso de Sustancias), si corresponde
- Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Illinois (740 ILCS 110/), si corresponde
- Otras leyes federales y estatales aplicables que protegen la privacidad del paciente

Las revelaciones sin consentimiento se permiten solo en situaciones limitadas, como emergencias médicas, reportes de abuso/negligencia de menores o ancianos, ciertas órdenes judiciales y en otras instancias requeridas por la ley.

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

Entiendo que los servicios de tratamiento se pueden ofrecer a través de telesalud (teléfono, videoconferencia u otros medios electrónicos seguros). Reconozco lo siguiente:

- La telesalud se hará de manera privada y segura, de acuerdo con HIPAA, 42 CFR Parte 2 y la ley de Illinois.
- Tengo el derecho de rechazar los servicios de telesalud y pedir atención en persona, excepto en emergencias o cuando las circunstancias de salud pública requieran lo contrario.
- Entiendo que la telesalud puede tener limitaciones en comparación con la atención en persona, incluyendo posibles fallas de tecnología, interrupciones o capacidad limitada para hacer ciertas evaluaciones.
- Acepto participar en los servicios de telesalud en un lugar privado y proteger mi propia confidencialidad.
- Entiendo que puedo retirar el consentimiento para la telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención futura.

Mi consentimiento para la telesalud incluye atención primaria, salud mental, salud del comportamiento, consejería, manejo de medicamentos y otros servicios de atención médica que se consideren necesarios.

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Entiendo que Chestnut puede comunicarse conmigo sobre mi atención, citas, coordinación de tratamiento, facturación y otros asuntos relacionados con la atención médica usando varios métodos de comunicación. Reconozco que algunos métodos, en particular las comunicaciones electrónicas, pueden tener riesgos de privacidad. Elijo voluntariamente mis métodos de comunicación preferidos a continuación y entiendo que puedo actualizar o revocar estas preferencias en cualquier momento notificando a Chestnut por escrito.

Doy mi consentimiento para que Chestnut me contacte usando los siguientes métodos:
(marque todas las que correspondan)

- Llamada telefónica (se puede dejar mensaje de voz)
- Mensaje de texto (SMS)
- Correo electrónico
- Portal del paciente / mensajería electrónica segura
- Correo de EE. UU.
- No contactarme

Entiendo que los mensajes de texto y correos electrónicos pueden no estar encriptados y otras personas con acceso a mi teléfono, cuenta de correo electrónico o dispositivo podrían acceder a ellos. Al seleccionar estas opciones, reconozco y acepto estos riesgos. Entiendo que Chestnut hará esfuerzos razonables para usar mis métodos de comunicación preferidos, pero puede usar métodos alternativos cuando sea necesario para el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, las emergencias o según lo exija la ley. Entiendo que puedo retirar o cambiar este consentimiento en cualquier momento, y que hacerlo no afectará mi derecho a recibir servicios.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE

Reconozco que he recibido la declaración de Derechos del Paciente de Chestnut, que incluye, entre otros:

- El derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
- El derecho a participar en la planificación del tratamiento y la toma de decisiones.
- El derecho a rechazar el tratamiento, de acuerdo con la ley.
- El derecho a la confidencialidad de los registros, sujeto a las leyes federales y estatales.
- El derecho a estar libre de abuso, negligencia o explotación.
- El derecho a presentar una queja sobre los servicios sin represalias.
- El derecho a recibir tratamiento libre de conflictos.

Para preguntas sobre las Prácticas de Privacidad o los Derechos del Paciente, puedo comunicarme con: Oficial de Privacidad (Privacy Officer), 1003 Martin Luther King Drive, Bloomington, IL 61701, 309.827.6026, o privacy@chestnut.org.

Mi firma a continuación es un reconocimiento de que he recibido, leído y entendido este documento de Consentimiento Informado/Consentimiento para el Tratamiento, y por la presente doy mi consentimiento voluntario para recibir tratamiento en Chestnut (incluida la telesalud, si corresponde), y que he recibido y entiendo los Derechos del Paciente de Chestnut .

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/madre o tutor del paciente (si corresponde)

Fecha

Relación si no es el paciente: Padre/madre Tutor legal Apoderado

Firma del testigo

Fecha