

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: Entiendo que, como Centro de Salud Federal Calificado (FQHC), Opsam Health ofrece servicios de salud primarios e integrales, entre ellos, atención preventiva, manejo de enfermedades crónicas, servicios de salud del comportamiento y servicios dentales.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: Entiendo que los servicios de atención médica que reciba de Opsam Health tienen como objetivo promover y mantener mi salud general y mi bienestar, prevenir y controlar enfermedades y abordar cualquier problema de salud que padezca.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD: Entiendo que mi información de salud será tratada como información confidencial y estará protegida, de conformidad con las leyes y regulaciones aplicables. Autorizo a Opsam Health a utilizar y divulgar mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, de conformidad con las disposiciones de su Aviso de Prácticas de Privacidad.

RIESGOS Y BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO: Entiendo que cada procedimiento, tratamiento o intervención médica conlleva ciertos riesgos y beneficios. El proveedor de atención médica le explicará los posibles riesgos y beneficios de cualquier tratamiento o procedimiento propuesto y tengo derecho a realizar preguntas para garantizar mi comprensión.

ALTERNATIVA: Entiendo que tengo derecho a recibir información sobre cualquier alternativa razonable al tratamiento propuesto, incluso cualquier procedimiento, terapia o medicación de carácter alternativo que esté disponible. Tengo derecho a debatir estas alternativas con mi proveedor de atención médica y a tomar una decisión informada sobre mi atención médica.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Entiendo que seré responsable de los costos u honorarios asociados con los servicios de atención médica que reciba de Opsam Health. Me comprometo a cooperar con Opsam Health para hacer frente a mis obligaciones financieras de manera oportuna y a proporcionar información del seguro, si corresponde.

SAN DIEGO HEALTH CONNECT (SDHC): Autorizo la transferencia de mi información de salud a SDHC y que puedo optar por no participar en SDHC en cualquier momento notificando al personal de Opsam Health. .

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO: Por este medio otorgo mi consentimiento informado a Opsam Health y sus proveedores de atención médica para administrar los servicios de atención médica, tratamientos, procedimientos y medicamentos necesarios que se consideren adecuados para mi atención médica. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento y ello no afectará mi derecho a recibir atención médica o tratamiento en el futuro.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO DE UN MENOR (SI CORRESPONDE): Como padre, madre o tutor legal con autoridad para prestar el consentimiento en nombre del menor mencionado debajo, otorgo mi consentimiento para que el menor reciba tratamiento del personal asociado con o contratado por Opsam. He recibido información sobre el plan de tratamiento propuesto, la naturaleza general y el alcance de los riesgos involucrados y las opciones de tratamiento alternativas, si corresponde. Este consentimiento será válido hasta que el menor cumpla los 18 años de edad.

He tenido la oportunidad de leer y entender este Formulario de Consentimiento y de realizarle preguntas y expresarle mis inquietudes a mi proveedor de atención médica. Mediante mi firma debajo, otorgo mi consentimiento informado para recibir servicios de atención médica de Opsam Health.

Nombre del paciente: _____ **Firma del paciente/ tutor/ curador:** _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Nombre del testigo: _____ **Firma del testigo:** _____



ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estamos comprometidos a proteger su información de salud personal en cumplimiento de la ley. El Aviso de prácticas de privacidad adjunto establece:

- Nuestras obligaciones legales con respecto a su información de salud personal.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que conservamos sobre usted.
- Sus derechos en relación con su información de salud personal.
- Nuestro derecho a modificar nuestro Aviso de prácticas de privacidad.
- Cómo presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones aplicables para los usos y divulgaciones no descriptos en este aviso.
- La persona con la que debe comunicarse para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Tenemos la obligación por ley de poner a su disposición una copia de este Aviso y obtener su acuse de recibo por escrito para indicar que ha leído o recibido una copia de este Aviso.

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Yo, _____, declaro que:

- He leído el Aviso de prácticas de privacidad.
- He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del padre, madre o representante del Paciente
(si corresponde)

Fecha

Autoridad legal para actuar en nombre del Paciente

ACUERDO DE CONDUCTA DEL PACIENTE

Este acuerdo se suscribe entre _____ (Nombre del paciente) y OPSAM HEALTH.

En un esfuerzo por brindarle una mejor atención, a continuación se mencionan las expectativas requeridas para mantener una relación eficaz entre proveedores y pacientes y garantizar que se mantenga un ambiente clínico seguro para usted y para el personal.

Mediante mi firma debajo, reconozco que mi atención médica continua en OPSAM HEALTH está condicionada al cumplimiento de las siguientes expectativas:

1. Me comprometo a no participar en amenazas verbales o conductas agresivas hacia el personal, los proveedores u otros pacientes ya sea en persona, en videoconferencia o por teléfono.
2. Me comprometo a no utilizar un lenguaje que pueda resultar ofensivo para el personal u otros pacientes por motivos de raza, religión, apariencia, género u orientación sexual.
3. Me comprometo a no consumir sustancias ilícitas o intoxicantes en instalaciones de OPSAM HEALTH.
4. Me comprometo a no robar ni realizar actividades ilegales en la oficina.
5. Me comprometo a no invadir la privacidad de otros pacientes.

Por su parte, el personal y los proveedores de OPSAM HEALTH se comprometen a:

1. Satisfacer mis necesidades en la medida de sus capacidades y teniendo en cuenta los recursos disponibles.
2. Comunicarse conmigo de manera profesional y respetuosa.
3. Abordar mis consultas relacionadas con mi salud de manera oportuna.
4. Comunicarme de manera efectiva cualquier retraso en el horario de mi cita.
5. Revisar mis quejas de manera oportuna y debatir conmigo la resolución propuesta al asunto.

En caso de incumplimiento de los compromisos antes mencionados, podríamos solicitarle que se retire de la clínica por ese día. Luego de esto, se le enviará inmediatamente una carta de advertencia a la dirección que figura en el archivo y dicha carta se adjuntará a sus registros. Si la conducta se repite, se revisará e iniciará un proceso formal de expulsión. En el caso de que se decida dar por finalizado el servicio, podrá recibir atención médica urgente durante los 30 días posteriores a la fecha de cancelación del servicio para que tenga tiempo suficiente para tener acceso a atención médica en otro establecimiento. Usted tendrá la responsabilidad de contratar atención médica de otro proveedor durante el periodo de 30 días.

Inicial

1. _____ He leído y entiendo las expectativas de conducta antes mencionadas. También entiendo que el incumplimiento de estas expectativas podría provocar la finalización de la relación con este proveedor o esta organización.
2. _____ He recibido una copia de la política de "Derechos y Responsabilidades del Paciente".

**Firma del paciente/ familiar
/apoderado:** _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL PORTAL DE PACIENTES

El Portal de pacientes ha sido diseñado para mejorar la comunicación entre médicos y pacientes. Una vez que se inscriba como paciente y nos haya indicado su dirección de correo electrónico segura, se le asignará un nombre de usuario y una contraseña.

Después de inscribirse en el Portal de pacientes, podrá:

- Actualizar su información de contacto.
- Solicitar citas.
- Recibir comunicaciones de resultados de laboratorio del personal.
- Solicitar el resurtido de medicamentos recetados.
- Consultar un resumen de su historia clínica, su lista de medicamentos, su historial de tratamiento y las fechas de sus citas.
- Recibir recordatorios a través de su cuenta de correo electrónico.
- Ver sus estados de cuenta actuales y pasados.

NO se podrán realizar las siguientes actividades a través del Portal de pacientes:

- Recibir asesoramiento sobre el mejor tratamiento para su problema médico. Todos los diagnósticos deberán ser realizados por su proveedor cuando asista a una cita en un consultorio.
- Solicitar narcóticos o medicamentos controlados.
- Solicitar el resurtido de medicamentos que no hayan sido recetados actualmente por un proveedor de OPSAM Health.

Las comunicaciones en línea nunca deben utilizarse para comunicaciones en caso de amenaza, emergencia o solicitudes urgentes. Si tiene una emergencia o una solicitud urgente, debe llamar al 911 o llamar por teléfono a su médico.

Recordatorios para el Portal del paciente:

- Tendrá 6 intentos para iniciar sesión antes de que se bloquee la cuenta.
- Recibirá recordatorios por correo electrónico de la dirección de correo electrónico reminders@eclinicalworks.com sobre sus citas, resultados de análisis, etc.
- Realice ajustes de seguridad en su cuenta de correo electrónico o computadora para recibir los mensajes de correo electrónico.
- Podrá responder a sus recordatorios de correo electrónico recibidos desde la cuenta reminders@eclinicalworks.com.
- Si tiene alguna pregunta sobre estos mensajes de correo electrónico, envíenos un mensaje a través del Portal de pacientes.

- Si olvida su contraseña, puede solicitar otra contraseña a través del Portal de pacientes, haciendo clic en el enlace “Forgot Password” (Olvidé la contraseña).
- Una vez que termine su consulta en el Portal de pacientes, asegúrese de cerrar sesión y cerrar su navegador. Esto reduce el riesgo de que otra persona acceda a su información privada.
- Evite usar una computadora pública para acceder al Portal del paciente.
- El Portal de pacientes se ofrece como un servicio de cortesía para nuestros pacientes. Este servicio no tiene costo. Sin embargo, si el paciente abusa o usa de manera indebida el Portal de pacientes, nos reservamos el derechos de dar de baja la cuenta del paciente.
- Nuestro horario de atención es los lunes, martes, jueves y viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m., los miércoles de 10:00 a.m. a 7:00 p.m. y el primer y tercer sábado de cada mes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Lo alentamos a usar el sitio web en cualquier momento; sin embargo, los mensajes se conservan hasta que volvamos al siguiente día hábil. Los mensajes suelen responderse dentro del plazo de 1 día hábil.
- Si su médico está fuera de la oficina, su solicitud podría conservarse hasta su regreso.
- Nos reservamos el derecho de suspender o cancelar el Portal de pacientes en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cómo funciona el Portal seguro para pacientes:

Un portal web seguro es un tipo de página web que utiliza la encriptación para evitar que personas no autorizadas lean las comunicaciones, la información o los documentos adjuntos. Los mensajes y la información seguros solo pueden ser leídos por una persona que sepa la contraseña o frase secreta correcta para iniciar sesión en el sitio del portal. Como el canal de conexión entre su computadora y el sitio web utiliza tecnología de capa de conexión segura (SSL), puede leer o consultar la información en su computadora, pero sigue estando encriptada en la transmisión entre el sitio web y su computadora.

Protección de su información de salud privada y riesgos:

Este método de comunicación y visualización evita que partes no autorizadas puedan acceder o leer mensajes durante su transmisión. Ningún sistema de transmisión es perfecto. Haremos nuestro mayor esfuerzo por mantener la seguridad electrónica. Sin embargo, para mantener la seguridad de los mensajes se deben tener en cuenta estos dos (2) factores adicionales:

1. El mensaje seguro debe llegar a la dirección de correo electrónico correcta y
2. Solo la persona correcta (o alguien autorizado por esa persona) debe tener acceso al mensaje.

Usted es la única persona que puede asegurarse de que esos factores se cumplan. Es fundamental que tengamos una dirección de correo electrónico correcta y que nos informe cualquier cambio en su dirección de correo electrónico. También debe controlar a las personas que tengan acceso a su cuenta de correo electrónico para que solo usted, o una persona que usted haya autorizado, pueda leer los mensajes recibidos por usted. Usted tiene la responsabilidad de proteger su



información para evitar que personas no autorizadas conozcan su contraseña. Si piensa que otra persona conoce su contraseña, debe ingresar rápidamente al sitio web para cambiarla.

Acuse de recibo y acuerdo del Paciente:

Declaro que he leído y entiendo plenamente este formulario de consentimiento y las políticas y procedimientos sobre el Portal de pacientes que aparecen al iniciar sesión. Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea con mi médico y acepto los términos y condiciones establecidos en este documento. Asimismo, acepto seguir las instrucciones de este documento, incluso las Políticas y Procedimientos establecidos en la pantalla de inicio de sesión, así como también cualquier otra instrucción impartida por mi médico para comunicarse con los pacientes a través de la comunicación en línea. Entiendo y acepto la información que he recibido.

Nombre en letra _____ Fecha de
de imprenta: _____ nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Complete la siguiente información si la dirección de correo electrónico no pertenece al paciente:
(Tenga en cuenta que los menores de 18 años no pueden acceder al Portal de pacientes)

Nombre del padre/ madre/ tutor que solicita el acceso:

Apellido Nombre Inicial 2º nombre

Relación con el paciente Fecha



Aviso sobre Instrucciones Anticipadas de salud

Sección 4701 del Código Testamentario de California (*California Probate Code*), Acuse de recibo

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Acuse de recibo:

Mediante su firma en este formulario, declara que ha recibido el Aviso sobre Instrucciones Anticipadas de Operation Samahan, Inc., conocida comercialmente como OPSAM Health. Esta información está relacionada con sus instrucciones anticipadas sobre qué tratamiento médico desea recibir en el caso de que se encuentre física o mentalmente imposibilitado de expresar sus deseos.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información sobre nuestro Aviso sobre Instrucciones Anticipadas, comuníquese con nuestra oficina de administración al 844-200-2426.

Declaro que he recibido el Aviso sobre Instrucciones Anticipadas de Operation Samahan, Inc., conocida comercialmente como OPSAM Health.

Firma: _____
(Paciente/ padre/ madre/ curador/ tutor)

Fecha: _____

Imposibilidad de obtener el acuse de recibo:

Para ser completado únicamente si no se puede obtener la firma. En el caso de que no se pueda obtener el acuse de recibo de la persona y el motivo por el cual se obtuvo el acuse de recibo.

Firma del representante del proveedor

Fecha