

Consentimiento para el Tratamiento Ambulatorio

Este formulario es para documentar el consentimiento informado a los servicios en Prairie View, que incluyen, entre otros, evaluación, tratamiento posterior y coordinación de la atención. Más información sobre cada una de las secciones a continuación se encuentra en el Aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades del paciente de Prairie View bajo sus encabezados correspondientes. Al inicializar y firmar los campos designados a continuación, usted acepta lo siguiente:

Consentimiento de Comunicación

_____ Reconozco que se me ha proporcionado el Aviso de prácticas de privacidad, derechos y
Iniciales responsabilidades del paciente, hoja de información de citas perdidas, y un Hoja de tarifas de Prairie View. En caso de modificaciones de cualquiera de estos documentos, los documentos revisados se exhibirán de manera destacada y las copias impresas estarán disponibles previa solicitud.

_____ Doy mi consentimiento para el uso de correo electrónico y / o mensajes de texto para
Iniciales comunicarme conth Prairie View y su personal. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico o mensajes de texto, y acepto las condiciones descritas en Prairie View Aviso de prácticas de privacidad. Además, acepto las instrucciones que Prairie View puede imponer para comunicarme por correo electrónico y / o mensaje de texto.

Consentimiento para el Tratamiento

_____ Doy mi consentimiento para una evaluación psiquiátrica y tratamiento posterior, sujeto a mi
Iniciales participación continua en la prestación de consentimiento. Entiendo que si deseo aceptar el tratamiento, tengo derecho a que se me expliquen a mi satisfacción los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento, incluido el no tener ningún tratamiento. Entiendo que puedo rechazar en cualquier momento cualquier intervención en la que no desee participar.

_____ Entiendo que los servicios pueden ofrecerse a través de telesalud utilizando tecnología
Iniciales segura de audio y/o vídeo. Entiendo que la telesalud se considera un servicio médico y que se aplican los mismos estándares de atención que durante una cita en persona. La participación en los servicios de telesalud es voluntaria y puede rechazarse en cualquier momento. Prairie View puede utilizar una herramienta de documentación asistida por IA para ayudar a generar notas clínicas durante o después de mi visita. El proveedor revisará, modificará según sea necesario y aprobará toda la documentación antes de que pase a formar parte de mi historial médico. El uso de una herramienta de IA puede rechazarse en cualquier momento.

Consentimiento Financiero

_____ Certifico que toda la información proporcionada, incluida la información sobre ingresos y
Iniciales cualquier cobertura médica de terceros, es precisa. El pago de todos los servicios es mi responsabilidad y cualquier monto deducible / copago se debe pagar en el momento del servicio. Prairie View puede ponerse en contacto con la parte responsable del paciente con respecto a la cuenta financiera. Prairie View puede utilizar una agencia de cobro para cobrar saldos impagos en caso de que no pague por los servicios prestados que son mi

responsabilidad financiera. Si se envía a colecciones, entiendo que el acceso a futuros servicios en Prairie View puede verse afectado.

_____ *Iniciales* Entiendo que Prairie View ofrece a los pacientes elegibles servicios médicamente necesarios con descuento en Harvey, McPherson y Ubicaciones del condado de Marion. Entiendo que debo solicitar este programa para que se determine que soy elegible.

Impreso Nombre del Paciente

Firma de Paciente

Fecha: _____ Hora: _____

Representante de Prairie View

Fecha: _____ Hora: _____

O

Impreso Nombre del Representante

Firma del Representante

Descripción de la autoridad del representante
(por ejemplo, padre, tutor legal, DPOA, etc.)

Fecha: _____ Hora: _____