

#### **LANZAMIENTO DE INFORMACIÓN/ASIGNADOS DE BENEFICIOS**

- Autorizo a Hometown Health Centers para lanzar información, incluyendo mi diagnóstico y los expedientes de cualquier tratamiento rendido a mí (o a mi niño) durante el periodo de tal cuidado, a los pagadores de los terceros y/o médicos de la salud.
- Autorizo a mi compañía de seguros a pagar Hometown Health Centers directamente todos los beneficios del seguro. Entiendo que mi compañía de seguro puede pagar menos que la factura completa de los servicios. Acuerdo ser responsable del pago de todos los servicios rendidos a mí o a mis dependientes que el seguro no cubra.

#### **RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

- Reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Hometown Health Centers (Notice of Privacy Practices). Este aviso describe como Hometown Health Centers puede utilizar y divulgar mi información de salud protegida bajo HIPAA, ciertas restricciones en el uso y acceso de mi información de salud, y los derechos que tengo con respecto a mi información de salud protegida.

#### **LANZAMIENTO DE INFORMACIÓN**

- Nosotros participamos en (i) the Alliance for Better Health Care, LLC, a Performing Provider System (PPS) y/o (ii) the Innovative Health Alliance of New York, LLC, an Accountable Care Organization (ACO) y/o (iii) the Innovative Health Alliance of New York, IPA, LLC. Los mencionados son programas regulados por el Estado de Nueva York y creados para coordinar su cuidado y reducir procedimientos o pruebas médicas innecesarias o duplicadas. Al firmar este formulario, usted nos permite compartir su información de salud con otros proveedores de servicios médicos que le atiendan y los cuales participen en el PPS o ACO, para coordinar su cuidado. Note que la información de salud que nos permite compartir puede incluir información sobre VIH/SIDA, condiciones de salud mental, y/o información sobre enfermedades de transmisión sexual.

#### **RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL MANUAL PARA LOS DIRECTORIOS ANTICIPADOS**

- Reconozco que he recibido una copia de "Poder de atención médica: Nombramiento de su agente de atención médica en el Estado de Nueva York."

#### **CONSENTIMIENTO GENERAL PARA LAS RECETAS ELECTRONICAS**

- Doy permiso para que Hometown Health Centers prescriba electrónicamente mi medicación a la farmacia que elijo y que tengan acceso a mi información e historia de mis recetas electrónicas.

#### **CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO "TELEHEALTH"**

- Autorizo y pido que los proveedores contratados por Hometown Health Centers a través de los servicios "telehealth" provean tratamiento apropiado para:

**CONTINUACIÓN DE CONSENTIMIENTO...**

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO**

- Autorizo y pido que los proveedores de Hometown Health provean tratamiento apropiado para:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente, Padre/Guardián, Representativo Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Escribe su Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Relación al Paciente**

**Witness/Hometown Health Centers Employee:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_