



1044 State Street, Schenectady, New York
12307
Tel: (518) 370-1441
www.hometownhealthcenters.org

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de los centros de salud ciudad natal. Este aviso describe cómo utilizar y revelar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgación de mi información de salud y los derechos que pueda tener con respecto a mi protegida información médica centros de salud de ciudad natal.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

- Participamos en (i) la Alianza para mejorar la atención sanitaria, LLC, un sistema de proveedor de realizar (PPS) o (ii) la innovación salud Alianza de Nueva York, LLC una organización de cuidado responsable (ACO) o (iii) la innovación salud Alianza de Nueva York, IPA, LLC. Estos son programas de estado de Nueva York reglamentado creados para coordinar su atención médica y reducir procedimientos médicos innecesarios o duplicados o pruebas. Al firmar este formulario, usted nos permite compartir su información de salud con otros prestadores de salud que están tratando y que participan en PPS o ACO, con el fin de coordinar su atención médica. Tenga en cuenta que la información de salud que es lo que nos permite compartir puede incluir información sobre VIH/SIDA, las condiciones de salud mental, o información sobre enfermedades de transmisión sexual.

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL DE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

- Reconozco que he recibido una copia del folleto del estado de Nueva York de "Planificación de su cuidado de la salud en avance" en las directivas anticipadas y formulario de poder para cuidado de la salud.

GENERAL CONSENTIMIENTO PARA PRESCRIBIR ELECTRÓNICO

- Doy mi permiso para centros de salud de ciudad natal electrónicamente recetar medicamentos en mi nombre a la farmacia de mi elección y acceder a mi información de receta electrónica e historia.

TRATAMIENTO GENERAL CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD

- Por la presente autorizo y solicitar los proveedores utilizados por centros de salud de la ciudad a través de servicios de telesalud para proporcionar tratamiento adecuado para:

GENERAL CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

- Por la presente autorizo y solicitar a los proveedores en los centros de salud de ciudad natal para proporcionar tratamiento adecuado para:

Nombre de paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente, padre o tutor, Representante Legal

Fecha

Imprimir nombre

relación con el paciente

Centros de salud de testigo/ciudad natal empleado: _____

Fecha: _____