SCH Shenandoah Community Health®

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE / INICIAL	NOMBRE ANTERIOR / NOMBRE PREFERIDO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

**Si bien Shenandoah Community Health reconoce un número de géneros sexuales, muchas compañías de seguro médico y entidades legales desafortunadamente no lo hacen. Por favor esté consciente que su nombre legal y sexo enlistado en su seguro médico debe ser el mismo utilizado en documentos pertinentes al seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.*

SEXO AL NACER (Marque su respuesta con un círculo)	GÉNERO ACTUAL (Marque su respuesta con un círculo)	PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Marque su respuesta con un círculo)
Masculino Femenino Indefinido Desconocido	Masculino Femenino Indefinido	Él, lo, suyo Ella, la, suya Ell(a)os, Suy(a)os Otro Ze, Hir (Género libre) Se le preguntó pero es desconocido Me niego a contestar

IDENTIDAD DE GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL
☐ Masculino ☐ Transgénero Masculino/Femenino a Masculino	☐ Lesbiana o Gay ☐ No se
☐ Femenino ☐ Transgénero Femenino/Masculino a Femenino	☐ Heterosexual (no lesbiana o gay) ☐ Prefiero no compartir
☐ No Binario ☐Prefiero no compartir ☐ Otro	☐ Bisexual ☐ Algo más, por favor describa _____

DIRECCIÓN PRINCIPAL/DE FACTURACIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN ALTERNA	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO

ESTADO CIVIL (Circule Uno)	IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno)
Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) legalmente	Inglés Español Lenguaje de Señas Americano Criollo Criollo Haitiano Otro:_____

CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRE	TELÉFONO	RELACIÓN

FARMACIA DE PREFERENCIA	MÉDICO DE CABECERA

ESTATUS DE VIVIENDA	RAZA
☐ No vive en la calle ☐ Vive con alguien ☐ Transicional ☐ Refugio ☐ En la calle	☐ Indio Americano /Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afro Americano ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otra Isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro: _____
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO	**ETNICIDAD**
☐ Migrante ☐ De Temporada	☐ No es Hispano o Latino ☐ Hispano o Latino
BARRERA DE LENGUAJE (Circule uno) Sí NO	**¿ES VETERANO(A) DEL SERVICIO MILITAR? (Circule uno)** SÍ NO
QUEJA PRINCIPAL / MOTIVO DE LA CONSULTA	
FUENTE DE REFERENCIA	

AL REVERSO

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA E INGRESO ANUAL	
NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA:_____	**INGRESO ANUAL DE LA VIVIENDA: $_____**

Las agencias de financiamiento nos exigen que obtengamos la siguiente información de nuestros pacientes con fines estadísticos. Esto nos ayudará a obtener subsidios para apoyar a los programas de ayuda comunitaria y los programas para pacientes con necesidades especiales. Su información permanece privada y confidencial y no se comparte con ninguna agencia u organización.

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si es diferente al paciente)		
NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Número de Seguro Social	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO
RELACIÓN CON EL PACIENTE		

POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO A LA RECEPCIONISTA

SEGURO MÉDICO PRIMARIO			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR # # DE GRUPO	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL COPAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR # # DE GRUPO	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	MONTO DEL COPAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

SCH Shenandoah Community Health | Behavioral Health

Consentimiento

Por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de Shenandoah Valley Medical System, Inc. que opera como Shenandoah Community Health (SCH).

Los pacientes que no puedan asistir a una cita programada deben cancelar antes de las 24 horas previas a la cita. Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación, pueden someter al paciente a restricciones de programación después de la tercera ocurrencia. No aplica para los servicios de Salud Mental.

Reconozco que soy consciente de que el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH para información médica protegida está disponible en el área de espera de cada departamento o en el sitio web shencommhealth.com. Una copia impresa está disponible si usted la solicita.

Autorizo al personal de SCH a tomar mi fotografía o escanear mi identificación con fotografía y colocarla en mi expediente médico electrónico para fines de identificación. Además, también doy mi consentimiento a SCH para tomar fotografías de erupciones, endoscopia, colonoscopia y otras imágenes médicas con el propósito de documentación médica. Entiendo que las fotografías estarán protegidas como parte de mi expediente médico y, a menos que la ley federal o estatal exija lo contrario, como se indica en el "*Aviso de prácticas de privacidad*" de SCH, no se divulgarán sin mi autorización.

Durante el curso de la atención y el tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de exámenes, pruebas, diagnósticos o procedimientos. Esto puede incluir, entre otros, exámenes de audición y / o visión, pruebas de laboratorio, exámenes de detección de drogas en la orina, inyecciones y otras pruebas que el proveedor considere necesarias. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional. También entiendo que mi proveedor puede pedirme que firme documentos adicionales de consentimiento informado relacionados con procedimientos específicos.

(Entiendo que mis registros de uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.)

Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que se me prestaron. Entiendo que soy responsable del pago de los honorarios de los servicios médicos que se me prestan y que no están cubiertos por el seguro ni por terceros pagadores, incluidos copagos, deducibles y montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre / tutor legal está informado y da su consentimiento para este tratamiento.

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento
Firma	Fecha
Firma del mamá o Tutor (Si el paciente es un menor)	Fecha
Firma del padre o Tutor (Si el paciente es un menor)	Fecha
Testigo	Fecha

Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Shenandoah Community Health | Behavioral Health

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Shenandoah Community Health – Salud Mental se compromete a brindar servicios profesionales de la más alta calidad de una manera que reconozca la dignidad y los derechos de cada persona a la que servimos. Como paciente, tiene derecho a:

1. Ser atendido por personal calificado.

2. Tener un plan de tratamiento, o plan de servicios, desarrollado para usted como individuo, basado en sus necesidades, y participar en el establecimiento de las metas de su tratamiento y trabajar para lograrlas.

3. Saber el nombre y el rango profesional de las personas que le brindan tratamiento de salud mental y el método y el propósito de la modalidad de tratamiento propuesta para usted. Tiene derecho a saber qué beneficios puede esperar de los servicios y de cualquier efecto indeseable o dañino que pueda ocurrir como resultado del tratamiento y la medicación.

4. Rechazar el tratamiento recomendado para usted, excepto en los casos en que se haya obtenido una petición válida para una evaluación de emergencia.

5. Que su registro de tratamiento y toda la información sobre usted se mantengan confidenciales. La información se divulgará solo con una divulgación firmada de información, excepto en aquellas circunstancias en las que exista una situación peligrosa / de emergencia, o su tratamiento sea obligatorio como condición de libertad condicional o libertad condicional.

6. Según la ley, el personal de salud mental debe informar al Departamento de Servicios Sociales si tiene una razón para sospechar que un niño o un adulto vulnerable ha sido abusado.

7. Negarse a participar en una investigación físicamente opcional.

8. Informarse, en su primer visita, de las tarifas que se le cobrarán en función de su capacidad de pago.

9. Plantear preguntas sobre la naturaleza de su tratamiento, y si su terapeuta / médico tratante no responde satisfactoriamente a sus inquietudes, usted tiene derecho a presentar sus quejas al Supervisor Clínico o al Director del Programa. Una copia del Procedimiento de Quejas del Paciente está disponible en cualquier momento en la recepción.

10. Obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico y tratamiento en términos que se puedan entender.

11. Seguir sus creencias religiosas. El paciente puede solicitar la colaboración del plan de tratamiento con el clero del paciente.

12. Ser evaluado y tratado por dolor.

He leído, reconozco y se me ha informado de los derechos del paciente antes mencionados.

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

_____ _____

Firma del testigo Fecha

Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y el Servicio Federal de Salud Pública considera estatus con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. SCH es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

SCH Shenandoah Community Health

Authorization to Release or Obtain Confidential Information

(Autorización para divulgar u obtener información confidencial)

☐ **Primary Care** ☐ **Behavioral Health** ☐ **Women's Health** ☐ **Healthy Smiles Dental**

Patient Name (*Nombre del Paciente*):	
Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*)	Social Security No. (*Número de Seguro Social)*

The purpose for release of information:

(*El objetivo de la divulgación de la información mencionada anteriormente es)*:

☐ Transfer of Care (*Transferencia de Cuidados)* ☐ Continuatation of Care (*Continuar el cuidado medico)* ☐ Legal *(Legal)* ☐ Other *(Otros)*_____

I hereby authorize (*Por la presente autorizo a):*

Name (*Nombre*)	
Address (*Dirección*)	
Telephone (*Teléfono*)	Fax

☐ Release or Request Confidential Information *(Divulgar u solicitar información confidencial)* ☐ Discuss Confidential Information *(divulgar información confidencial)*

Name (*Nombre*)	
Address (*Dirección*)	
Telephone (*Teléfono*)	Fax

The following medical records: *(Los siguientes expedients medicos)*

☐ Medication List (*Lista de medicamentos*) ☐ Progress Notes (*Notas de progreso)* ☐ Lab Results (*Resultados de análisis*) ☐ Psychological Evaluation *(Evaluación psicológica)* ☐ Diagnosis List *(Lista de diagnósticos)*

☐ Intake Assessment *(Evaluación Inicial)* ☐ Diagnostic Reports (*Reporte del diagnóstico)* ☐ Immunizations (*Registro de vacunas*) ☐ Appointment List *(Lista de citas)* ☐ Psychiatric Evaluation *(Evaluación Psiquiátrica)*

Other (*Otros*)_____

Dates of Service: (*de las fechas de servicio)*_____

INITIALS ARE REQUIRED FOR RELEASE OF THE FOLLOWING INFORMATION

Sus iniciales son requeridas para divulgar la siguiente información

	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or Human Immunodeficiency Virus (HIV) (*Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido [SIDA] o infecciones con el Virus de Inmunodeficiencia Humano*)
	Behavioral/Mental Health/Psychotherapy Records (*Expediantes Conductuales/Salud Mental/Psicoterapia)*
	Treatment for Substance /Alcohol Abuse (*Tratamiento de abuso de alcohol o de sustancias)*
	Child Abuse and/or Domestic Abuse history (*Historial de maltrato infantil y/o violencia doméstica*)
	Treatment of STD (Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual)

I understand this consent is voluntary and that I may revoke this authorization at any time (except to the extent that action based on this consent has already been taken) by written, dated, and signed communication to Shenandoah Valley Medical System, Inc. which does business as Shenandoah Community Health. This consent will expire in one year from the date signed, unless otherwise stated as follows:
(Entiendo que este consentimiento es voluntario y que lo puedo revocar en cualquier momento [excepto a tal punto en que la acción en la cual se basa este consentimiento ya se haya efectuado] por medio de un comunicado escrito, fechado y firmado, dirigido a Shenandoah Valley Medical System, Inc., *la cual opera como* Shenandoah Community Health. *Esta autorización se vence en un año a partir de la fecha de firma, a no ser que se indique lo contrario, de acuerdo a lo siguiente:*)

- I understand I may refuse to sign this authorization. If I refuse, the identified records will not be disclosed and my treatment will not be affected by my refusal to sign this authorization.
  (Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si lo hago, el historial médico identificado no será divulgado y mi tratamiento no será afectado por mi denegación a firmar esta autorización.)

- I understand that my substance use disorder records are protected under federal law, including the federal regulations governing the confidentiality of substance use disorder patient records, 42 C.F.R. Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by the regulations.
  (Entiendo que mis registros de uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.)

- Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer will be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
  (La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una subsiguiente divulgación por parte del receptor y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [HIPPA, por las siglas en inglés de Health Insurance Portability and Accountability Act].

- I am entitled to a copy of this authorization.
  (Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.)

_____ _____

Signature of Patient parent, guardian, or legal representative
(Firma del paciente, padre, tutor legal o representante legal)

Date *(Fecha de firma)*

_____

Signature of Provider if Required.

Shenandoah Valley Medical System, Inc. does business as Shenandoah Community Health (SCH). This health center receives Health and Human Services funding and has Federal Public Health Service deemed status with respect to certain health or health-related claims, including medical malpractice claims, for itself and its covered individuals. SCH is an equal opportunity provider, serving all patients regardless of ability to pay. Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

SCH Shenandoah Community Health | Behavioral Health

Questionario Médico General

Nombre del Paciente_____ **Fecha de nacimiento**_____

Fecha del día de hoy_____

A. Historia Médica General:

1. ¿Actualmente tiene algún problema médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, por favor explique:

_____

2. ¿Tiene presión arterial alta? ☐ Sí ☐ No ¿Diabetes? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Ha tenido alguna enfermedad seria o problema médico anteriormente? ☐ Sí ☐ No Si es así, por favor indique qué enfermedad y la fecha aproximada: _____
_____

4. ¿Tiene médico familiar de atención primaria? ☐ Sí ☐ No Nombre del Doctor _____
_____

¿Recibe tratamiento de algún especialista? ☐ Sí ☐ No Nombre del Doctor(es) _____
_____

***[Para uso exclusivo de BHS:** ¿Fue referido por su médico familiar**?** ☐ Sí ☐ No Nombre del proveedor*_____ *]*

5. ¿Cuándo fue su último examen físico? _____
Enliste los problemas que encontraron_____
_____

6. ¿Cuándo fue su último ECG? _____

7. ¿Qué tipo de método anticonceptivo usa? _____

8. Usted es VIH ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ No le han hecho prueba Fecha de la prueba _____

9. Enliste todos los medicamentos que actualmente está tomando y **el nombre del doctor que los recetó**

Medicamento	Dosis	¿Cómo lo toma?	¿Quién lo recetó?

10. Marque de esta lista de medicamentos sin receta médica los que usted toma:
☐ Aspirina ☐ Antiácidos ☐ Medicamento para la alergia ☐ Remedios de herbolaria/suplementos
☐ Tylenol ☐ Laxantes ☐ Medicamento para dormir ☐ Auxiliares para perder peso
☐ Excedrin ☐ Medicamento para senos paranasales ☐ Auxiliar para aumento muscular/peso
☐ Otros _____

11. Tiene alguna alergia incluyendo alergias a medicamentos: _____

12. Enliste hospitalizaciones y Operaciones (fecha, lugar y motivo): _____
_____

13. ¿Ha sufrido alguna lesión en la cabeza?? ☐ Sí ☐ No Describa: _____

14. ¿Fuma o usa cigarillos electrónicos? ☐ Sí ☐ No ☐ Ambos ¿Qué cantidad? _____
¿Cuánto tiempo ha fumado? _____

15. ¿Toma bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No ¿Qué cantidad? _____

16. ¿Usa marihuana o alguna otra droga? ☐ Sí ☐ No ¿Qué tipo? _____

17. ¿Toma café, té o soda? ☐ Sí ☐ No ¿Qué cantidad? _____

18. ¿Cuál es su sexo? ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Femenino a Masculino ☐ Masculino a Femenino ☐ No-binario ☐ Otro ☐ Prefiere no decir

19. Usted se considera: ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o Gay ☐ Bisexual ☐ Asexual ☐ Pansexual ☐ No sabe ☐ No quiere decir

B. Cuestionario Nutricional:

1. ¿Ha aumentado o perdido más de 10 libras en los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Ha disminuido su consumo de alimentos o apetito? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha tenido problemas dentales? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Tiene alergias a algún alimento? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Ha tenido algún desorden alimenticio como comer compulsivamente o inducirse el vómito? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Recibe tratamiento para alguna de las anteriores? ☐ Sí ☐ No

C. Sistemas:

¿Ha tenido problemas con alguno de los siguientes?

1. ¿Ojos, Oídos, Naríz, Garganta? Si es así, explique: _____
2. ¿Corazón y Pulmones? Explique: _____
3. ¿Estómago e Intestinos? Explique: _____
4. ¿Tracto urinario? Explique: _____
5. ¿Convulsiones o epilepsia? Explique: _____
6. Fecha de su último examen dental: _____ ¿Algún problema dental anterior o actual?:

_____

D. Valoración del dolor:

1. ¿Tiene dolor en este momento? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Ha tenido dolor en las últimas semanas o meses? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Toma algún medicamento para dolor crónico? ☐ Sí ☐ No

Si contesta sí a alguna de las preguntas, continúe con las preguntas y complete la escala del dolor que se encuentra a continuación:

4. Si dijo sí, ¿Con qué frecuencia siente dolor? ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Diario ☐ Cada Hora
5. ¿Cómo empieza el dolor? ☐ Lento ☐ Abruptamente
6. ¿Cuánto tiempo lleva sintiendo dolor? ☐ Más de 1 año ☐ 6 meses – 1 año ☐ 3-6 meses ☐ <3 meses
7. ¿Tipo de dolor? ☐ Agudo ☐ Sordo ☐ Penetrante ☐ Pulsante ☐ Otro
8. ¿Duración del dolor? ☐ 24 horas al día ☐ horas al día _____ ☐ minutos al día _____

9. ¿Dónde está localizado su dolor?: _____

10. ¿Hay algo que haga que mejore?_____

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale

(Spanish)
©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org
Used with permission.

TO BE FILLED OUT BY DOCTOR

Psychiatric Review

Medical/Physical Problems:

❑ *Medical Problems Identified for Treatment Plan and/or Follow-up:* _____
_____
_____

❑ *No Medical Problems Identified for Follow-up and Treatment Plan*

_____ _____

Team Physician *Date*

Consentimiento Informado de Tele Salud

Yo_____ doy consentimiento para participar en Tele Salud con Shenandoah Community Health. Yo entiendo que Tele Salud incluye consultas, aplicaciones audio interactivas, videos y datos de comunicación. Yo entiendo que Tele Salud envuelve la comunicación de mi información médica y mental, ambas, oral y visual. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la Tele Salud:

1. Yo tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi futuro tratamiento o cuidado.
2. La ley que protege la confidencialidad de mi información médica también aplica para Tele Salud. Tal como, Yo entiendo que la información comunicada por mi durante el transcurso de la visita de Tele Salud es confidencial.
3. Yo entiendo que hay riesgos y consecuencias de Tele Salud, que incluyen, pero no están limitadas a la posibilidad, a pesar de los esfuerzos realizados de parte de Shenandoah Community Health, que: la transmisión de mi información pueda ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión poder ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenaje de información médica puede ser accedida por personas no autorizadas.
4. Además, Yo entiendo que los servicios y cuidados de Tele Salud pueden no ser completos tal como los servicios de cara a cara. Yo también entiendo que si mi proveedor cree que es mejor ser servida de otra forma de servicio (por ejemplo: cara a cara) yo voy a ser informado para programar una cita cara a cara con mi proveedor.
5. Yo entiendo, que Yo puede beneficiarme de Tele Salud, pero esos resultados no pueden ser garantizados o asegurados.
6. Yo acepto que Tele Salud no provee servicios de emergencia. Si estoy experimentando una emergencia médica, Yo entiendo que puedo llamar al 911 or ir a la sala de emergencia del hospital más cercano para pedir ayuda.
7. Yo entiendo, que Yo soy responsable por (1) proveer la computadora, equipo de telecomunicación y el internet necesario; (2) la información de seguridad de mi computadora; y (3) hacer los arreglos para un lugar con suficiente luz y privacidad que esté libre de distracciones o intrusos para mi sección de Tele Salud.
8. Yo entiendo, que Yo tengo el derecho de acceso a mi información médica y copias de mi expediente médico de acuerdo con las reglas de privacidad de HIPAA y leyes estatales que apliquen.

Su proveedor pedirá su consentimiento verbal o rechazo de información contenida en este documento al comenzar la visita de Tele Salud.

_____ _____
Nombre del Pacient Fecha de Nacimiento

_____ _____
Firma del Pacient/Representante legal Fecha

_____ _____
Testigo Fecha

Shenandoah Valley Medical System, Inc. does business as Shenandoah Community Health (SCH). This health center receives Health and Human Services funding and has Federal Public Health Service deemed status with respect to certain health or health-related claims, including medical malpractice claims, for itself and its covered individuals. SCH is an equal opportunity provider, serving all patients regardless of ability to pay.