

## **COLORADO MOUNTAIN MEDICAL, L.L.C.**

### **CONSENTIMIENTO DE CITA TELESALUD:**

Para dar el mejor servicio a nuestros pacientes, Colorado Mountain Medical esta ofreciendo servicios limitados medicos telesalud. Citas Telesalud implica tratar a los pacientes de forma remota a través de un sistema de telecomunicaciones, incluidas las tecnologías de la información, la electrónica y la comunicación, mientras que el paciente está ubicado en un sitio de origen y el proveedor está ubicado en un sitio distante. Para asegurarse de que los pacientes comprendan sus derechos y los riesgos potenciales de la telesalud, lea y reconozca su comprensión y aceptación de lo siguiente:

### **CONSENTIMIENTO DE SERVICIO TELESALUD:**

La telesalud implica el uso de una plataforma virtual para tratar a los pacientes de forma remota mediante transmisión de audio y video, incluida la transmisión electrónica de mi información médica privada ("PHI") (en conjunto, "Datos transmitidos"). Aunque Colorado Mountain Medical toma medidas para garantizar que los datos transmitidos se envíen a través de medios electrónicos seguros, entiendo que existe la posibilidad de que los datos transmitidos sean interceptados y estén disponibles a otras compañías. Entiendo que todas las protecciones de confidencialidad requeridas por ley o reglamento se aplicarán a mi atención. Entiendo que debido a la naturaleza de la práctica médica, es posible que no todos los servicios médicos estén disponibles a través de telesalud, y queda a la entera discreción de mi proveedor determinar si telesalud es apropiado para mi atención y tratamiento. Entiendo que tengo derecho a rechazar o dejar de participar en los servicios de telesalud en cualquier momento y a solicitar servicios alternativos, como una cita en persona. Sin embargo, entiendo que es posible que los servicios en persona no estén disponibles en el mismo lugar, con el mismo proveedor o al mismo tiempo que los servicios de telesalud. Entiendo que tengo derecho a realizar un seguimiento con mi proveedor según sea necesario si tengo más preguntas o inquietudes con respecto a la afección por la que consulté o fui tratado por telesalud. Estoy consiente de no grabar ningún aspecto de mi cita con Colorado Mountain Medical.

### **Registros y divulgación de información:**

Los datos transmitidos pueden formar parte de mi registro médico. Tendré acceso a toda la información en mi expediente médico resultante de los servicios de telesalud que tendría para una visita en persona similar, según lo dispuesto por la ley federal y estatal. Colorado Mountain Medical y mi proveedor pueden usar o divulgar mi información de salud de acuerdo con mi divulgación de información firmada o, sin mi consentimiento para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o cuando lo requiera la ley. Todas las divulgaciones de información están sujetas a las mismas leyes y regulaciones que la atención en persona.

### **EN CASO DE EMERGENCIA:**

Entiendo que la telesalud no está destinada ni es apropiada para emergencias. Si tengo una emergencia, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 y / o buscar ayuda de emergencia.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído esta información y estoy de acuerdo con el tratamiento por telesalud.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN MÉDICO Y TRATAMIENTO:**

Doy mi consentimiento para el examen y tratamiento a cargo de Colorado Mountain Medical, L.L.C. médicos, asistentes medicos, enfermera/o calificada/o para ejercer la medicina y personal de enfermería profesional. Éstos pueden incluir, pero no se limitan a, tratamiento de emergencia o servicios, procedimientos de laboratorio, exámenes de rayos x, tratamiento médico o quirúrgico o procedimientos, previstos en las instrucciones generales y especiales de mi médico o profesional de la salud. Yo entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden implicar riesgos de lesiones o incluso la muerte. Reconozco que no se han hecho ninguna garantía en relación con el resultado del examen o tratamiento. Entiendo que Colorado Mountain Medical, L.L.C. puedo comunicarme conmigo por correo electrónico o mensajes de texto estándar sobre diversos aspectos de mi atención médica, que pueden incluir, entre otros, resultados de exámenes, recetas, citas y facturación.

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO(BH):**

Doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento de salud conductual (BH) realizados por los proveedores de BH en CMM, que pueden incluir pruebas de detección, evaluación, terapia y consultas con otro personal de CMM. Entiendo los riesgos y beneficios de los servicios de BH, incluidos los riesgos asociados con la disminución de un servicio específico. Entiendo que puedo preguntar sobre servicios alternativos, solicitar una segunda opinión, participar activamente en el tratamiento y / o revocar este consentimiento en cualquier momento. Entiendo que el personal de CMM BH no está disponible por correo electrónico o mensaje de texto. CMM se refiere al Centro Hope para emergencias. En caso de una crisis de BH, comuníquese con el 911 o el Centro Hope al 970-306-4673. Para recibir los servicios de atención de BH, se me solicitará que firme una Divulgación de Salud del Comportamiento y un Consentimiento para el tratamiento.

**ACUERDO FINANCIERO:**

Acepto pagar todas las facturas con prontitud y de acuerdo con las tarifas y términos de CMM. En el momento de la visita, voy a pagar cualquier copago o cantidad de deducibles que se devan, y pagará el saldo debido después del pago por cualquier compañía de seguros o un tercer pagador. Entiendo que Colorado Mountain Medical, L.L.C. puede cobrar por citas perdidas, a menos que la cita se cancele con 24 horas de anticipo. Si alguna cuenta es referida a una agencia fiscal o agencia de colección, pagará honorarios y gastos de la colección reales y de abogados. Todas las cuentas morosas devengarán interés a 1.5% por mes o la mayor tasa legal permitida.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**

Yo asigno y autorizo el pago directo a Colorado Mountain Medical, L.L.C. de todos los seguros y beneficios del plan de salud para pagar por los servicios prestados por Colorado Mountain Medical, L.L.C. Estoy de acuerdo en que el asegurador o el pago del plan en virtud de esta autorización deberá cumplir sus obligaciones en la medida de dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable por cargos no pagados según esta tarea, en la medida permitida por las leyes estatales y federales.

**OBLIGACIÓN DE PLAN DE SALUD:**

Colorado Mountain Medical, L.L.C. mantiene una lista de planes de salud con la que se contrata. Una lista de estos planes está disponible bajo petición en recepción. Colorado Mountain Medical, L.L.C. no tiene ningún contrato, expresa o implícita, con cualquier plan que no aparece en la lista. Estoy de acuerdo en pagar Colorado Mountain Medical, L.L.C. sus tarifas completa para todos los servicios que recibo de Colorado Mountain Medical, L.L.C. que pertenezca a un plan que no aparece en la lista mencionado.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD / ACUSE DE RECIBO:**

Reconozco que recibir Colorado Mountain Medical, L.L.C. de "Aviso de prácticas de privacidad," que proporciona información sobre cómo Colorado Mountain Medical, P. Cobtener, utilizar y revelar mi información de salud protegida. Le animamos a leerla en su totalidad. Nuestro "aviso de prácticas de privacidad" está sujeta a cambios y usted puede obtener una copia del Aviso revisado llamando a nuestra oficina. Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestro "aviso de prácticas de privacidad", por favor pregunte en la recepción

Certifico que he leído lo anterior y soy paciente, representante legal del paciente, o de lo contrario debidamente autorizados por el paciente a firmar lo anterior y aceptar sus términos en su nombre.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Imprenta: \_\_\_\_\_

Si firmado por persona diferente al paciente, indicar relación al paciente: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR PERSONA DIFERENTE AL PACIENTE:**

Estoy de acuerdo para aceptar la responsabilidad financiera por los servicios prestados al paciente y para aceptar los términos de las disposiciones del acuerdo financiero, asignación de beneficios seguros y obligación de Plan de salud sobre y para cubrir cualquier responsabilidad financiera no cubierto por el paciente o por un tercero pagador de parte.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*(Financieramente responsable)*

Nombre en Imprenta: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_