



VALLEY COMMUNITY HEALTHCARE

Consentimiento del paciente a las políticas de VCH & Reconocimiento de servicios y confidencialidad

Esta forma proporciona información a todos los pacientes en Valley Community Healthcare (VCH) con el fin de asegurar que cada paciente reciba la mejor experiencia de atención médica posible. Por favor, lea esta forma de entender mejor nuestras políticas y sus derechos y responsabilidades como paciente. Después de leer, por favor firme a la última página a reconocer su comprensión y dar consentimiento. Por favor pregunte a nuestro personal de recepción si tiene alguna pregunta, o para pedir una copia en blanco de este formulario y/o los archivos adjuntos para sus propios archivos.

Alcance de la Práctica

La atención médica en VCH es proporcionada por una combinación de médicos, profesionales de nivel medio y/o auxiliares docentes. La salud mental y consejería de abuso de sustancias están disponibles, proporcionado por el Departamento de Servicios de Salud Mental. Si un paciente se encuentra para requerir un tratamiento más allá del alcance VCH puede proporcionar, se harán las referencias apropiadas. El paciente se celebrará financieramente responsable por el costo de los servicios mencionados. VCH no es un centro de crisis urgente ni un centro de atención urgente. VCH no proporciona ningunas sustancias controladas o medicamentos psicotrópicos.

Cualquier tratamiento médico o medicamentos pueden causar una reacción adversa en un pequeño porcentaje de las personas. Algunas enfermedades (medicamentos (ej. la rubéola) puede causar defectos de nacimiento si se contrae/toma durante el embarazo.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Los pacientes con VCH tienen derechos y responsabilidades que se explicarán en el siguiente formulario. Como paciente VCH, usted es responsable de cumplir con estos derechos y responsabilidades. Por favor, póngase en contacto con el administrador de la clínica si tiene alguna pregunta a completar el formulario. Los empleados y los médicos no están autorizados a forzar o coaccionar a cualquier servicio, participar en cualquier actividad sexual o el uso de cualquier forma específica de control de la natalidad en contra de su voluntad. Además, es ilegal que los proveedores de salud para perseguir o se involucran en una relación social o sexual con pacientes o ex-pacientes. Intoxicación pública es un delito, y no está permitido en cualquier lugar de VCH. Se pidió a los pacientes que se encuentran en estado de ebriedad que reprogramar. Los pacientes que exhiben comportamiento grosero/inapropiados con regularidad, hacer amenaza verbales o físicas, o avances sexuales o declaraciones a empleados o pacientes tendrán sus servicios terminados.

De conformidad con el Código Laboral de California, todos los sitios VCH son zonas de no fumadores. Se alienta a los pacientes interesados en dejar de fumar en contacto con la Línea de Ayuda para Fumadores de CA al 1-800-668-8887 o ALA "La Libertad de Fumar" Programa al 1-800-526-4218.

Declaración de No Discriminación en Servicios

VCH no discriminará en la provisión de servicios de salud sobre la base de raza, ascendencia, origen nacional, etnia, color, condición médica, discapacidad (incluyendo el SIDA), edad, condición de veterano, la identidad de género, sexo, religión, estado civil, sexual orientación, información genética, o la capacidad de pagar por los servicios. VCH ofrece acceso a servicios de interpretación para los pacientes que no hablan inglés, y para los miembros sordos (o con problemas de audición en horario de oficina a través de programas de atención médica administrada. Con el fin de atender a las necesidades del paciente, la mayoría de los miembros de personal en VCH son bilingües en inglés y español. Además, ofrecemos folletos, hojas informativas, y otros materiales en español. Para obtener más información, consulte a Servicios para Miembros.

Derechos de Consentimiento de Menores y Tratamiento de Menores

Los padres/tutores legales de los pacientes menores de 18 años son responsables de venir a la clínica con el paciente en el momento del servicio con el fin de dar su consentimiento para el diagnóstico y el tratamiento del niño, a menos que se especifique lo contrario por la ley de California. Los menores de edad se les permiten firmar por algunos servicios sensibles sin notificación o consentimiento de los padres, en función de la edad y la situación, pero se alienta aún involucrar a los padres en todos los aspectos de la asistencia sanitaria.

Para obtener una lista detallada de los derechos de consentimiento de menores, consulte la guía proporcionada por el Centro Nacional de la Ley de la Juventud en www.youthlaw.org/. Los menores de edad de cualquier edad pueden dar su consentimiento para la atención médica relacionadas con:

1. La prevención o el tratamiento de un embarazo y recepción de control de natalidad;
2. Diagnóstico, tratamiento y recogida de pruebas médicas en relación con asalto o violación sexual;
3. Servicios médicos de emergencia si los padres o tutores no pueden ser contactados; y
4. Radiografías esqueléticas a efectos de diagnóstico de abuso o negligencia infantil.

El Cumplimiento de Reporte Obligatorio

VCH es obligatoria por ley a reportar cualquier sospecha de violación, abuso de niños/ancianos/adultos dependientes, y la violencia doméstica. Además, cualquier profesional de la salud en California debe hacer un informe si él o ella tienen una sospecha razonable de que el paciente “está sufriendo de cualquier herida o lesión física como resultado de un caso de conducta agresiva o abusiva”. Las regulaciones federales requieren que los proveedores de notificar a la paciente si se está llenando un informe, a menos que la divulgación sería colocar al paciente en riesgo, o se considera contra el mejor interés del paciente para notificar al representante personal designado.

Practicantes proporcionarán asesoramiento a los pacientes de acuerdo con el procedimiento establecido, y darán prioridad a la seguridad y el bienestar del paciente y de los dependientes involucrados.

El Departamento de Servicios de Salud del Condado de LA debe ser notificado de cualquier enfermedad transmisible positivo (es decir, la tuberculosis, la clamidia). Pruebas de VIH se incluirán en los paneles de laboratorio ordenados por los médicos y se les da cada año, a menos que el paciente indica que no desea tener que hacer.

Confidencialidad de la Información para el Paciente

Para servir mejor a nuestros pacientes, VCH necesita información precisa y actualizada de contactos e información de identificación. Traiga la verificación de todos los medicamentos y toda la información pertinente acerca de su estado de salud actual a su registro inicial y cada cita.

Estamos comprometidos a proteger la información personal de salud (PHI) de nuestros clientes en todos los ámbitos en los que se recibe o divulgar dicha información. VCH está autorizado a utilizar la PHI en el curso de las actividades comerciales normales, incluyendo el tratamiento, pago, y operaciones de atención médica, y conforme a lo dispuesto por la ley. VCH no revelará, vender, o de otra manera utilizar su PHI a menos que lo permita la ley con el propósito de la seguridad personal y en la medida necesaria para administrar su beneficio.

VCH obtendrá la autorización de usted por escrito antes de usar su PHI para cualquier otro propósito. VCH no dará a conocer su PHI a su empleador sin su autorización específica, a menos que lo permita la ley. Para todos los clientes que no pueden dar su consentimiento, no es un procedimiento en el lugar para proteger sus derechos al permitir que su representante legalmente autorizado para dar su consentimiento en su nombre. Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de los pacientes tienen derecho a los siguientes derechos con respecto a su PHI:

1. El derecho a solicitar cómo se entrega a su PHI.
2. Los derechos de acceso, inspeccionar y/u obtener una copia de su PHI (dentro de ciertos períodos de tiempo).
3. El derecho a solicitar que VCH restringe el uso o divulgación de PHI (en determinadas circunstancias). VCH no está obligado a estar de acuerdo a las solicitudes; todas las solicitudes son evaluadas según lo dispuesto en la ley HIPAA.
4. El derecho a solicitar que VCH se modifique la PHI inexacta o incompleta mantenido por VCH. VCH podrá denegar la solicitud de modificación en determinadas circunstancias.
5. El derecho a recibir un informe de divulgaciones (dentro de ciertos períodos de tiempo).

Para ejercer sus derechos, póngase en contacto con su PCP o el Director de Operaciones.

Reglas de Cobro

Todos los pacientes que desean un descuento variable de honorarios están obligados a presentar pruebas de ingresos de los hogares en el registro y cada 12 meses. Los pacientes que no quieren un descuento no están obligados a presentar prueba de ingresos. No acreditación adecuada de los ingresos descalifica al paciente de recibir servicios con descuento. Recibimos algunos de nuestros fondos de subvenciones que también nos obligan a pedir información de ingresos para demostrar necesidad financiera en las comunidades que servimos. Se le puede pedir esta información para este propósito, y su información se mantendrá confidencial.

Las directrices Nivel Federal de Pobreza se utilizan para determinar el monto del descuento. Los pacientes que están decididos a estar a 251% del nivel de pobreza o por encima, no recibirán un descuento en los cargos. Los pacientes que están en el 100% del nivel de pobreza o por debajo de un descuento del 100% y se les cobra una cuota nominal para las visitas de proveedores odontológicos, excepto para los pacientes que califican para los programas de Título X. Los pacientes deberán pagar por servicios adicionales recibidos tales como suministros, medicamentos, vacunas u otros prestados durante o como resultado de la visita. Una cuota de \$15.00 se puede cobrar para las citas que se pierden y no canceladas 24 horas antes de la hora de la cita.

Todos los pacientes que no tienen seguro deben ser examinados para la inscripción en Medicaid u otros programas. Si es elegible, los pacientes se les pide que aplicar para estos programas. Se espera que los pacientes a pagar la cuota mínima o nominal en el día de servicio. Si el paciente tiene cobertura médica por ejemplo, los seguros privados, Medicare, Medicaid, etc.) Corriente de prueba verificable debe ser traído a cada visita.

Procedimientos de Quejas de Pacientes

Todas las quejas de los pacientes se tratan con prontitud y de manera apropiada de acuerdo a las políticas y procedimientos de la junta aprobado. Los pacientes pueden esperar que su queja sea reconocida dentro de una semana de la recepción. Las quejas serán investigadas plenamente en el momento oportuno con el objetivo de resolver el problema a lo mejor de nuestra capacidad. Las quejas sobre los servicios de VCH pueden ser presentadas por escrito por correo (6801 Coldwater Canyon, N. Hollywood, CA 91605), dejó en persona en esa dirección, o por fax al (818)736-7231. Si usted tiene un aqueja con respecto a cómo se utiliza y/o divulgada su PHI, pueden presentar una queja en cualquier momento; el resultado será entregado a usted por escrito de acuerdo con la política de VCH. Una copia completa de la Notificación de Privacidad VCH se publica en la propiedad de la clínica. Para obtener una copia personal, pregunte en la recepción o consulte el sitio web en www.vchcare.org/.

Los pacientes con quejas que recibieron servicios de la División de los Programas de VIH y Enfermedades de Transmisión Sexuales pueden llamar a la Línea de Quejas del programa al (800)260-8787. Los pacientes con quejas o reclamaciones que involucran el Condado de Los Ángeles pueden comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud al (213)240-8101.

Si usted piensa que ha sido discriminado, por favor póngase en contacto con el Presidente/CEO al (818) 763-1718. Si usted no se siente satisfecho con la resolución de los servicios prestados, el personal de VCH pueden dirigir su demanda por discriminación al Director del Departamento de Servicios de Salud.

Aceptación y Autorización

Al leer y firmar este formulario acepto mis derechos y responsabilidades como un paciente y el consentimiento para el tratamiento y los servicios prestados por VCH. Acepto toda la responsabilidad de todos los cargos sean o no están cubiertos por el seguro. Autorizo VCH para liberar cualquier información solicitada por mi compañía de seguros con el fin de hacer los pagos. He leído y comprendido la información anterior y por este medio dar la autorización de por vida para el pago de beneficios de seguro que se hará directamente a VCH por los servicios prestados.

Firma del Paciente o Guardián/Tutor	Nombre Impreso	Fecha
-------------------------------------	----------------	-------

Testigo: _____