

Aviso de prácticas de privacidad, divulgación de información, consentimiento para tratamiento y garantía financiera

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso se aplica a todas las empresas ubicadas dentro del Centro de Salud Comunitario (Red de Acceso Comunitario, Clínica Gratuita, Farmacia Hill City), incluidos hospitales y otras instalaciones de tratamiento para pacientes hospitalizados, clínicas móviles y programas de detección. Se aplica a todos los empleados, personal, otro personal, estudiantes, voluntarios y cualquier persona autorizada a ingresar información en su expediente médico del Community Health Center (CHC). Las áreas de tratamiento de salud mental pueden brindar a los pacientes un aviso complementario que describa prácticas de privacidad adicionales. Todas las empresas dentro del CHC pueden compartir información médica entre sí para el tratamiento, el pago o los fines operativos descritos en este aviso.

Todos los que trabajamos en CHC estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información médica. Creamos y mantenemos registros del tratamiento y los servicios que recibe en el CHC para brindarle una atención excelente. También debemos mantener registros para cumplir con los requisitos legales. La ley nos obliga a mantener la privacidad de su información médica, darle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y notificar a las personas afectadas luego de una violación de información de salud protegida no segura. La ley nos exige que sigamos los términos de este Aviso. También tenemos derecho a cambiar los términos de este Aviso, y estos cambios se aplicarán a toda la información médica que mantenemos. Si Community Access Network y Free Clinic cambian los términos de este Aviso, pondremos a disposición copias impresas de este Aviso de prácticas de privacidad previa solicitud.

Nuestros usos y divulgaciones

Ejemplos de formas en que utilizamos y divulgamos información médica.

Para tratamiento:

Podemos usar o compartir su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, compartiremos su información médica con proveedores de atención médica, enfermeras, técnicos, terapeutas y otras personas que lo atienden, incluidos Centra y Horizon Behavioral Health. Una variedad de personas y departamentos que participan en su atención pero que quizás no tengan contacto directo con usted necesitarán usar su información para coordinar la atención (por ejemplo, suministros de farmacia, pruebas de laboratorio y radiología, y requisitos dietéticos especiales). Podemos comunicarnos con usted para informarle sobre opciones de tratamiento, programas educativos y de bienestar, y otros beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. Podemos divulgar información médica sobre usted a personas

fuera de Community Access Network y de la Clínica Gratuita que brindan servicios relacionados con su atención, como agencias de atención médica domiciliaria. Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle una cita o una renovación de receta.

Para pago:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba puedan facturarse y cobrarse el pago a usted, a una compañía de seguros o a otro tercero.

Para operaciones de atención médica:

Podemos usar y divulgar información sobre usted para operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, realizar actividades de planificación comercial y evaluar a nuestro personal y la calidad de la atención que recibe de nosotros. Podemos combinar información sobre muchos pacientes para evaluar la efectividad del tratamiento o de las operaciones. Podemos proporcionar información a miembros de nuestra fuerza laboral con fines educativos y de revisión. Podemos agregar información sobre muchos pacientes para comparar nuestro desempeño con el de otros hospitales. Podemos eliminar información de identificación de lo que compartimos para operaciones de atención médica para preservar su anonimato.

Socios de negocio:

Algunos servicios se brindan a través de los socios comerciales de Community Access Network y Free Clinic. Por ejemplo, Community Access Network y Free Clinic pueden contratar empresas externas para proporcionar servicios informáticos o funciones de transcripción y divulgación de registros médicos. Podemos divulgar su información médica a estas empresas para que puedan realizar estos servicios para nosotros. Community Access Network y Free Clinic requieren que los socios comerciales protejan adecuadamente su información privada.

Otros proveedores:

Podemos divulgar información médica a profesionales de la salud que lo han atendido o lo están cuidando actualmente, como escuadrones de rescate, médicos u hospitales remitentes, u hogares de ancianos, para su uso en su tratamiento, obtención de pagos o sus operaciones de atención médica. Esto incluye Centra Health y Horizon Behavioral Health. Nuestro proceso normal es enviar registros de su visita a su médico de referencia y/o de atención primaria.

Recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos para Community Access Network y los programas e instalaciones de la Clínica Gratuita. Podemos divulgar información a Centra Foundation para que puedan comunicarse con usted para esfuerzos de recaudación de fondos. No divulgaremos ni usaremos información sobre su diagnóstico o tratamiento para este propósito,

excepto que podamos usar o divulgar información sobre el resultado de su tratamiento con fines de detección. Tiene derecho a optar por no recibir estas comunicaciones.

Supervisión de la salud:

Podemos compartir información médica con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si hay una investigación de cualquier entidad asociada con Community Access Network y Free Clinic. Community Access Network y Free Clinic pueden compartir su información médica con agencias de salud responsables de las actividades de supervisión, incluidas auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias, procedimientos administrativos y/o legales.

Personas involucradas en su atención o pago de la atención:

Podemos compartir información médica con familiares, otros parientes o amigos personales cercanos si participan en su atención. A menos que usted se oponga o sea un paciente de salud conductual, también podemos compartir su condición general o su muerte. Podemos compartir su información médica con organizaciones públicas o privadas para coordinar los esfuerzos de ayuda en casos de desastre, de modo que su familia pueda ser notificada sobre su condición y ubicación.

Según lo exige la ley:

Divulgaremos información médica sobre usted según lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Salud pública:

Podemos usar o compartir su información médica para actividades de salud pública. Dichas actividades incluyen la prevención de enfermedades, ayudar con la retirada de productos, informar reacciones adversas a los medicamentos y denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Procedimientos legales:

Podemos compartir su información médica durante procedimientos legales o administrativos. Si está involucrado en una demanda o una disputa legal, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden administrativa judicial, en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Cumplimiento de la ley:

Community Access Network y Free Clinic pueden divulgar su información médica para ciertos fines de aplicación de la ley u otras funciones gubernamentales especiales, como en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación u otro proceso legal. También podemos divulgar información sobre heridas causadas por ciertas armas, conducta criminal en nuestras instalaciones o una muerte que creemos que puede haber estado relacionada con actos

criminales. Si es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar su información médica a la institución o a los agentes en relación con su salud y la salud y seguridad de otros.

Médicos forenses y directores de funerarias:

Podemos divulgar su información médica a un forense, médico forense o director de funeraria.

Donación de Organos:

Podemos compartir su información médica con una organización de adquisición y donación de órganos o tejidos.

Investigación:

Podemos usar o compartir su información médica para ciertos fines de investigación. Todos los proyectos de investigación están sujetos a la aprobación de una junta especial que evalúa la investigación propuesta y el uso de la información médica. En algunos casos, su información no se puede utilizar para investigaciones sin su autorización. En los casos en que se pueda realizar una investigación utilizando información a la que se le haya eliminado la identificación del paciente (como el nombre y el número de registro médico), podemos usar o divulgar esos datos sin una aprobación especial. Toda investigación incluirá controles y protocolos adecuados para garantizar que sus datos estén protegidos.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:

Podemos usar o compartir su información médica para prevenir o disminuir una amenaza grave a su salud o seguridad, la de otra persona o el público.

Compensación para trabajadores:

Podemos compartir su información médica según lo permita la ley para compensación laboral o programas similares.

Militar:

Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información sobre usted según lo requieran las autoridades de mando militar. Podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Registro personal de salud:

Podemos colocar su información médica en un registro médico personal electrónico (PHR). El acceso a su PHR estará bajo su control y puede optar por permitir que otros lo vean.

Sus derechos con respecto a su información médica

Derecho a inspeccionar y copiar:

Tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de sus registros médicos y de facturación. Tiene derecho a que se envíe una copia a otra persona que usted designe. Puede solicitar copias de los registros en formato electrónico. Si los registros están disponibles en formato electrónico, atenderemos esa solicitud. De lo contrario, le proporcionaremos un formato alternativo. Tiene derecho a obtener copias por una tarifa razonable. Póngase en contacto con nuestro departamento de registros para obtener más información. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar nuestros registros en circunstancias muy limitadas, y usted puede solicitar una revisión de nuestra negativa. Otro profesional de la salud elegido por Community Access Network y Free Clinic realizará la revisión de nuestra denegación.

Derecho a modificar:

Tiene derecho a solicitar que se modifique su información médica si cree que nuestros registros son inexactos o están incompletos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para nuestra organización. Debe realizar la solicitud por escrito e incluir el motivo de la solicitud. Community Access Network y la Clínica Gratuita pueden rechazar su solicitud. Por ejemplo, podemos rechazar una solicitud para modificar información que no creamos nosotros o que sea precisa y completa. Si se le niega, le proporcionaremos por escrito el motivo del rechazo.

Derecho a recibir notificación de violación de privacidad:

Community Access Network y Free Clinic le notificarán por escrito si ha habido una violación de su información de salud identificable.

Derechos a solicitar restricciones:

Tiene derecho a restringir la divulgación de su información de salud a su plan de salud para los servicios pagados de su bolsillo en su totalidad antes de que se brinde el servicio. Esta restricción se aplica si la divulgación al plan de salud es para fines de pago de operaciones de atención médica y la información de salud se relaciona con un artículo o servicio de atención médica por el cual se nos ha pagado en su totalidad antes del servicio.

Tiene derecho a solicitar otras restricciones o límites en la forma en que divulgamos su información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones, o la divulgación de su información de salud a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención. Community Access Network y Free Clinic no están obligados a aceptar su solicitud. Por ejemplo, no podremos cumplir con una solicitud que pueda interferir con su tratamiento, como restringir qué miembros de nuestra fuerza laboral pueden tener acceso a sus registros o limitar el acceso de su atención primaria o de sus médicos remitentes.

Derechos a solicitar comunicación alternativa:

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su casa en lugar de en el trabajo. Community Access Network y la Clínica Gratuita

atenderán todas las solicitudes razonables que estén dentro de nuestras capacidades técnicas. Debe realizar solicitudes de comunicación alternativa por escrito.

Derechos a la contabilidad de la divulgación:

Tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Esta es una lista de ocasiones en las que compartimos su información por motivos distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, de los cuales usted no tenía conocimiento previamente. La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Debe presentar su solicitud por escrito.

Derechos a una copia impresa de este aviso:

Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad.

Derechos a quejarse:

Tiene derecho a presentar una queja ante Community Access Network, la Clínica Gratuita y/o la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Para presentar una queja ante Community Access Network y Free Clinic, comuníquese con nuestra Oficial de Privacidad, Emma Cetina al (434) 200-3366 ext. 3877. No se le penalizará por presentar una denuncia.

Otros usos de la información médica

Community Access Network y The Free Clinic no divulgarán su información médica para ningún otro propósito sin su permiso por escrito. Una vez que nos dé su permiso, podrá revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si lo hace, no podremos retirar ninguna divulgación que se haya realizado con su permiso.

ELECCIÓN DEL PACIENTE

Community Access Network y Free Clinic se asocian con Centra Health, Horizon Behavioral Health y otros proveedores comunitarios para ofrecer una variedad de servicios a los pacientes, la mayoría sin costo para el paciente. Entiendo que no estoy obligado a aceptar referencias de Community Access Network o Free Clinic a estos proveedores, y puedo solicitar referencias a proveedores de mi elección. Sin embargo, reconozco que otros proveedores pueden tener políticas de atención caritativa diferentes y que es posible que deba pagar por estos servicios.

CONSENTIMIENTOS

Divulgación de información a compañías de seguros:

Autorizo a Community Access Network y a Free Clinic of Central Virginia a divulgar cualquier parte del historial médico del paciente a compañías de seguros u otros terceros pagadores, según sea necesario para verificar la cobertura del seguro, presentar reclamos o pagar reclamos. (La información que se divulgará puede incluir registros psiquiátricos o de salud mental, condiciones de abuso de drogas y alcohol, o información sobre el estado del VIH y el SIDA).

Por la presente doy mi consentimiento voluntariamente para mi admisión y/o tratamiento por parte de Community Access Network y la Clínica Gratuita de Virginia Central y para la prestación de dicha atención y tratamiento médico que mi proveedor médico o cualquier empleado o agente de Community considere necesario. Access Network y The Free Clinic, u otros asociados con un programa de educación médica, capacitación o servicios médicos de emergencia, quienes podrán llevar a cabo parte o la totalidad de mi tratamiento bajo la supervisión directa de mi proveedor médico. Los servicios y la atención de Community Access Network y de la Clínica Gratuita que se brindarán pueden incluir exámenes de rayos X, procedimientos de laboratorio (incluidas pruebas de detección de drogas), anestesia, procedimientos de diagnóstico y otros tratamientos médicos o quirúrgicos que mi proveedor médico pueda considerar necesarios. Por la presente autorizo a mi proveedor médico a permitir la presencia de dichos observadores, incluidos, entre otros, residentes médicos, estudiantes de medicina y otras personas asociadas con la educación médica y/o capacitación en atención médica o programa EMS, y representantes de la industria de la salud, como mi mi proveedor médico considere apropiado mientras estoy en tratamiento.

Telemedicina:

Los proveedores de Community Access Network y Free Clinic brindan servicios de telemedicina desde ubicaciones dentro del Commonwealth de Virginia y, por lo tanto, están sujetos a las leyes de Virginia.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporan protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de imágenes del paciente e incluyen medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no.

Beneficios esperados:

Los beneficios de la telemedicina incluyen: un mejor acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en su ubicación mientras el proveedor está en otra ubicación, una evaluación y gestión médica más eficiente y la obtención de la experiencia de un especialista distante.

Posibles riesgos:

Como ocurre con cualquier servicio de atención médica, existen riesgos potenciales asociados con la telemedicina. Estos riesgos incluyen, entre otros: En casos excepcionales, la información transmitida puede no ser suficiente para permitir que el proveedor tome decisiones adecuadas. Podrían ocurrir retrasos en las evaluaciones y tratamientos debido a deficiencias o fallas de los equipos electrónicos. En raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal.

ACCIDENTE DE VEHÍCULO MOTORIZADO

Si esta visita está relacionada con un accidente automovilístico (MVA):

Entiendo que mi firma en este formulario indica que mi aseguradora de vehículos motorizados pagará directamente al proveedor de atención médica cualquier beneficio de gastos médicos disponible para mí bajo cualquier póliza de seguro de vehículos motorizados, cualquier copago, coseguro o deducible que deba (el persona cubierta) al proveedor de atención médica si yo (la persona lesionada cubierta) estoy cubierto por una póliza de atención médica, el proveedor de atención médica es un proveedor dentro de la red y el proveedor de atención médica ha presentado reclamos a la aseguradora médica por atención médica servicios. Si yo (la persona lesionada) no estoy cubierto por una póliza de atención médica o el proveedor de atención médica no es un proveedor dentro de la red, el asegurador de vehículos motorizados pagará directamente al proveedor de atención médica, de dichos beneficios disponibles, los montos para cubrir el costo de los servicios de atención médica prestados. Un asegurador de vehículos motorizados quedará exento de responsabilidad por realizar pagos al proveedor de atención médica de conformidad con una asignación válida de beneficios.

CONSENTIMIENTOS

Divulgación de información a compañías de seguros:

Autorizo a Community Access Network y a Free Clinic of Central Virginia a divulgar cualquier parte del historial médico del paciente a compañías de seguros u otros terceros pagadores, según sea necesario para verificar la cobertura del seguro, presentar reclamos o pagar reclamos. (La información que se divulgará puede incluir registros psiquiátricos o de salud mental, condiciones de abuso de drogas y alcohol, o información sobre el estado del VIH y el SIDA).

Por la presente doy mi consentimiento voluntariamente para mi admisión y/o tratamiento por parte de Community Access Network y la Clínica Gratuita de Virginia Central y para la prestación de dicha atención y tratamiento médico que mi proveedor médico o cualquier empleado o agente de Community considere necesario. Access Network y The Free Clinic, u otros asociados con un programa de educación médica, capacitación o servicios médicos de emergencia, quienes podrán llevar a cabo parte o la totalidad de mi tratamiento bajo la supervisión directa de mi proveedor médico. Los servicios y la atención de Community Access Network y de la Clínica Gratuita que se brindarán pueden incluir exámenes de rayos X, procedimientos de laboratorio (incluidas pruebas de detección de drogas), anestesia, procedimientos de diagnóstico y otros tratamientos médicos o quirúrgicos que mi proveedor médico pueda considerar necesarios. Por la presente autorizo a mi proveedor médico a permitir la presencia de dichos observadores, incluidos, entre otros, residentes médicos, estudiantes de medicina y otras personas asociadas con la educación médica y/o capacitación en atención médica o programa EMS, y representantes de la industria de la salud, como mi proveedor médico considere apropiado mientras estoy en tratamiento.

Telemedicina:

Por la presente doy mi consentimiento para participar en telemedicina con proveedores de Community Access Network y Free Clinic of Central Virginia. Entiendo que la “telemedicina” incluye la práctica de prestación de atención médica, diagnóstico, consulta, tratamiento,

transferencia de datos médicos y educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente y doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina en mi atención.

1. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se pueden garantizar resultados.
2. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y seguridad de la información de salud se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi autorización.
3. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento.
4. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telemedicina y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
5. Entiendo que es posible que tenga a mi disposición una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de ellos en cualquier momento.
6. Entiendo que es mi deber informar a mi médico sobre las interacciones electrónicas relacionadas con mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que si la cobertura de mi seguro médico (excepto los programas de salud gubernamentales) no es suficiente para satisfacer los cargos del servicio médico en su totalidad, seré totalmente responsable del pago.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la telemedicina, la he discutido con el personal y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Programa de seguimiento de recetas médicas de Virginia:

Reconozco que Community Access Network y Free Clinic pueden acceder a la información contenida en los archivos del Programa de Monitoreo de Recetas de Virginia sobre todas las recetas de Anexo II, III o IV que me hayan sido dispensadas. Los médicos también pueden comunicarse con las farmacias con respecto a mis recetas.

Aviso de consentimiento considerado para análisis de sangre de VIH, hepatitis B y hepatitis C:

Entiendo que el Código de Virginia 32.1-45.1 autoriza a los proveedores de atención médica a realizar pruebas de anticuerpos contra el VIH, hepatitis B y hepatitis C a los pacientes cuando los proveedores de atención médica o cualquier persona empleada por o bajo la dirección y control del proveedor de atención médica están expuestos a los fluidos corporales de un paciente de una manera que pueda transmitir enfermedades transmitidas por la sangre, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la hepatitis B o C. De conformidad con esta ley, en caso de dicha exposición, habré considerado que he dado mi consentimiento para dichas pruebas y que he dado su consentimiento para la divulgación de los resultados de la prueba al proveedor de atención

médica que pudo haber estado expuesto. Los resultados positivos de las pruebas también se divulgarán si son médicamente necesarios para mi tratamiento o si lo exige o permite la ley.

Seguro médico del estado:

Si estoy cubierto por Medicare, solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare a mí o en mi nombre por cualquier servicio que me brinde Community Access Network y Free Clinic. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios por servicios relacionados.

Pagos de seguro:

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los servicios prestados al paciente en Community Access Network y Free Clinic. Entiendo que soy financieramente responsable ante Community Access Network y Free Clinic por los cargos no cubiertos por el seguro u otros terceros pagadores. Acepto que la asignación de beneficios y la divulgación de información incluye todos los servicios profesionales que me brindó cualquier proveedor médico y/o un miembro del personal médico de Community Access Network y Free Clinic con el fin de completar mis reclamos.

Precertificación:

Entiendo que si mi seguro tiene un requisito de precertificación o autorización, es mi responsabilidad notificar a la aseguradora sobre los servicios prestados de acuerdo con las disposiciones del plan. Entiendo que si no lo hago resultará en una reducción o denegación del pago de beneficios y seré responsable de todos los saldos.

Reconozco que me han entregado la Red de Acceso Comunitario y el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica Gratuita. Acepto que una fotocopia de este formulario será válida como original para los terceros pagadores al procesar o pagar un reclamo por estos servicios. En este formulario, "Yo" incluye a todas las personas que firman este formulario. Todas las personas que firman este formulario aceptan que son individualmente responsables de los cargos no cubiertos por el seguro u otros terceros pagadores.

Garantía de Cuenta:

Acepto pagar todos los cargos de Community Access Network, la Clínica Gratuita, los proveedores médicos y/o un miembro del personal médico por los servicios brindados al paciente. Ninguna extensión que se pueda otorgar al paciente y ninguna demora por parte de Community Access Network y la Clínica Gratuita o miembros de su personal médico en hacer cumplir cualquier derecho contra el paciente me liberarán o afectarán mi responsabilidad financiera. Mi obligación de pago es acumulativa y además de todos los demás recursos de Community Access Network, la Clínica Gratuita, los proveedores médicos y el personal de una Agencia de Informes del Consumidor según lo regula la Ley de Informe Justo de Crédito y autorizo expresamente el uso del sistema de marcación automática y pre -voz grabada de contacto por teléfono, teléfono celular, servicios de buscapersonas o correo electrónico. El abajo firmante reconoce que se le ha

proporcionado información sobre las políticas financieras y de pago de Community Access Network y Free Clinic.

Citas perdidas:

Entiendo que la cancelación repetida de citas o las citas perdidas están sujetas a un cargo por cita perdida (\$5 para atención primaria / \$10 para atención especializada) y/o al despido de la práctica de acuerdo con las regulaciones estatales.

MÁS INFORMACIÓN

ESTE AVISO ENTRA EN VIGOR EL 13 DE ABRIL DE 2020

Para obtener más información, comuníquese con Community Access Network y la Clínica Gratuita en

(434) 200-3366 o escríbanos a 800 5th Street, Lynchburg, VA 24504.

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Access Network y Free Clinic of Central Virginia. Entiendo que Community Access Network y Free Clinic of Central Virginia tienen derecho a cambiar este Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con Community Access Network y Free Clinic en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso. de Prácticas de Privacidad.

He notificado verbalmente a Community Access Network y Free Clinic of Central Virginia sobre mis contactos personales a quienes se les permite acceder a mi información médica.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre los consentimientos para el tratamiento y otros consentimientos, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Debe ser firmado por el paciente o tutor legal si el paciente es menor de 18 años o está legalmente incapaz de dar su consentimiento informado.

Firma del paciente/representante legal: _____

Nombre del Representante Legal en letra de imprenta: _____

Fecha: _____