



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (SE DEBE LLENAR**)**

NOMBRE DEL PACIENTE**			DIRECCIÓN POSTAL	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO**
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
# DE SEGURO SOCIAL**			TELÉFONO**	EMAIL

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA**	TELÉFONO**	RELACIÓN CON EL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL GARANTE/REPRESENTANTE LEGAL (SI CORRESPONDE)

NOMBRE DEL PACIENTE/GARANTE**			DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)	
CIUDAD**	ESTADO**	CÓDIGO POSTAL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO**
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
# DE SEGURO SOCIAL**			TELÉFONO**	RELACIÓN CON EL PACIENTE

Consentimiento y Autorización

Yo, el firmante, como representante legal para el paciente previamente mencionado, doy mi consentimiento y autorizo todas las pruebas médicas, laboratorios y tratamiento, incluidos los suministros y equipos, según lo prescrito y realizado por los médicos del personal, profesionales, asistentes, estudiantes de medicina y/o empleados/voluntarios de Cache Clinic según se considere necesario a su juicio. Reconozco que no hay garantías en cuanto al resultado de estos servicios médicos. También entiendo que yo, como representante legal, tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento, procedimiento o servicio médico ofrecido al paciente previamente mencionado y aceptaré toda la responsabilidad por las consecuencias resultantes de dicha negativa. También entiendo que Cache Clinic, LLC es una entidad que opera independientemente de Teton Valley Health Care, Inc.

Divulgación de información

Acepto divulgar cualquiera o todos los registros médicos del paciente mencionado anteriormente, para esta visita medica, a Teton Valley Health Care, Inc. También doy permiso para que Cache Clinic, LLC acceda a los registros médicos ubicados en Teton Valley Health Care, Inc. para obtener información de diagnostico, tratamiento y cuidado adecuado para este paciente.

Responsabilidad de la cuenta

Entiendo y acepto que soy responsable del saldo en mi cuenta por cualquier servicio prestado en el momento de la visita.

Al firmar, verifico que he leído y entiendo completamente este formulario:

FIRMA DEL PACIENTE		FECHA
FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN/REPRESENTANTE LEGAL	FECHA	FIRMA DE TESTIGO



**AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN
MÉDICA SUYA Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFOR-
MACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.**

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica protegida, que le notifiemos sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de seguridad en relación con su información médica, y que notifiemos a las personas afectadas después de detectar una violación de su información médica no protegida. Este Aviso resume nuestras obligaciones y sus derechos en relación con su información. Nuestras obligaciones y sus derechos están estipulados de manera más completa en 45 CFR Parte 164. Estamos obligados a cumplir con los términos de nuestro Aviso actualmente vigente.

Este Aviso conjunto de prácticas de privacidad se aplica a Cache Clinic, y a los miembros de su personal médico y a otras personas que proporcionan atención médica en CACHE CLINIC.

1. Usos y divulgaciones que podemos efectuar sin su autorización por escrito. Las personas a las que se aplica este aviso conjunto pueden usar o divulgar su información médica para determinados fines sin su autorización por escrito, incluidas las siguientes:

Tratamiento. Podemos usar o divulgar su información para fines de su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información a otro profesional de atención médica de modo que pueda tratarle; proporcionarle recordatorios de citas o proporcionarle información sobre sus alternativas de tratamiento o los servicios que ofrecemos.

Pago. Podemos usar o divulgar su información para obtener el pago de los servicios proporcionados a usted. Por ejemplo, podemos divulgar información a su compañía de seguros médicos u otro pagador a fin de obtener la autorización previa o el pago del tratamiento.

Actividades de atención médica. Podemos usar o divulgar su información para determinadas actividades que son necesarias para el funcionamiento del ejercicio de nuestra profesión y garantizar que nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información para capacitar o revisar el desempeño de nuestro personal o para tomar decisiones que afectan el ejercicio de la profesión.

Otros usos o divulgaciones. También podemos usar o divulgar su información para otros fines determinados, permitidos por 45 CFR § 164.512 u otras leyes o reglamentaciones aplicables, incluidos los siguientes:

- Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otras personas.
- Según lo requieran las leyes estatales o federales, tal como notificar de malos tratos, negligencias o determinados sucesos de otro tipo.
- Según lo permitan las leyes de indemnización de los trabajadores (Workers' compensation) para el uso en procesos relacionados con esta indemnización.



- Para determinadas actividades de salud pública, tal como la notificación de ciertas enfermedades.
- Para determinadas actividades de supervisión de salud pública, tal como auditorías, investigaciones o acciones de obtención de licencias.
- En respuesta a una orden judicial, petición o citación en procesos judiciales o administrativos.
- Para determinadas funciones gubernamentales especializadas, tal como instituciones militares o correccionales.
- Para fines de investigación, si se cumplen determinadas condiciones.
- En respuesta a determinadas solicitudes de los cuerpos policiales con el fin de localizar a un fugitivo, víctima o testigo, o para informar de muertes o determinados delitos.
- A peritos y médicos forenses, directores funerarios u comanizaciones de procuración de órganos, según sea necesario para permitirles que lleven a cabo sus tareas.

2. Divulgaciones que podemos efectuar a menos que usted lo objete. A menos que nos indique lo contrario, podemos divulgar su información según se describe a continuación.

- A un miembro de su familia, pariente, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica. Limitaremos la divulgación a la información relevante a la participación de esa persona en su atención médica o en el pago.
- Para mantener el directorio de nuestro centro. Si una persona pregunta por usted por su nombre, solamente divulgaremos su nombre, estado general y ubicación en nuestro centro. También podemos divulgar su afiliación religiosa al clero.
- Para comunicarnos con usted a fin de recaudar fondos para Cache Clinic (CACHE CLINIC). Puede optar por que se le excluya de recibir estas comunicaciones en cualquier momento si así lo notifica al Funcionario de privacidad que se indica más adelante.

3. Usos y divulgaciones con su autorización por escrito. Otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso se efectuarán solamente con su autorización por escrito, incluida la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; para la mayoría de los fines de marketing; o si la intención es vender su información. Puede revocar su autorización si envía un aviso por escrito al Contacto de privacidad que se indica al final. La revocación no tendrá validez en la medida en que ya hayamos tomado acciones con base en la autorización.

4. Sus derechos en relación con su información médica protegida. Tiene los siguientes derechos en relación con su información médica. Para poner en práctica cualquiera de estos derechos, debe enviar una solicitud por escrito al Funcionario de privacidad que se indica más abajo.

- Puede solicitar otras restricciones sobre el uso o la divulgación de información para tratamiento, pago o actividades de atención médica. No estamos obligados a aceptar la restricción solicitada, excepto en la situación limitada en la que usted u otra persona en su nombre pague por un artículo o servicio, y usted solicite que la información acerca de ese artículo o servicio no sea divulgada a una compañía de seguros médicos.
- Por lo general nos comunicamos con usted por teléfono o correo a su dirección particular. Puede solicitar que nos comuniquemos con usted mediante otro medio o a ubicaciones alternativas. Atenderemos las solicitudes que sean razonables.



- Puede inspeccionar y obtener una copia de los registros que se utilicen para tomar decisiones sobre su atención o pago de su atención, incluida una copia electrónica. Podemos aplicar un cargo razonable basado en el costo por proporcionar los registros. Podemos negarnos a su solicitud en circunstancias limitadas, p. Ej., si determinamos que la divulgación puede resultar perjudicial para usted u otras personas.
- Puede solicitar la enmienda de su información médica protegida. Podemos negarnos a su solicitud por determinados motivos, p. Ej., si nosotros no generamos el registro o si determinamos que el registro es exacto y está completo.
- Puede recibir una relación de determinadas divulgaciones que hayamos realizado sobre su información médica protegida. Puede recibir una primera relación en un plazo de 12 meses de manera gratuita. Podemos aplicar un cargo razonable, basado en el costo, a todas las solicitudes posteriores durante ese período de 12 meses.
- Puede obtener una copia impresa de este Aviso si la solicita. Usted tiene este derecho incluso si ha acordado recibir el Aviso por medios electrónicos.

5. Cambios a este Aviso. Reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento, y a validar el nuevo Aviso para toda la información médica protegida que conservemos. Si cambiamos considerablemente nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una copia del Aviso vigente en nuestra área de recepción y en nuestro sitio web. Puede obtener una copia del Aviso en vigencia a través de nuestra recepcionista o del Funcionario de privacidad.

6. Quejas. Puede presentarnos una queja o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si considera que se han infringido sus derechos de privacidad. Puede presentarnos una queja mediante la notificación a su Funcionario de privacidad. Todas las quejas deben realizarse por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

7. Información de contacto. Si tiene preguntas sobre este Aviso, o si desea objetar o presentar una reclamación sobre un uso o divulgación, o bien poner en práctica un derecho según la explicación anterior, comuníquese con el Funcionario de privacidad de CACHE CLINIC al 208-354-1156.

8. Fecha de vigencia. Este Aviso está vigente a partir del 17 de octubre de 2016.

RECONOCIMIENTO:		
NOMBRE ESCRITO DEL PACIENTE	FECHA	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE



Seleccione uno de los siguientes paquetes. Estos cargos son una tarifa mensual que se retirará automáticamente de su cuenta el primer día hábil de cada mes. Si por alguna razón el pago no pasa por el acuerdo para su Plan de Atención Primaria Directa sera anulado.

Usted puede continuar recibiendo servicios en la Clínica Cache, pero se le cobrarán \$50 por visita más cualquier costo adicional que este asociado con los servicios rendidos durante su visita. Al firmar este acuerdo, usted da su consentimiento a TVH para cargar a su tarjeta de crédito o débito el monto mensual designado a continuación.

	UN NIÑO	\$35
	DOS NIÑOS	\$70
	TRES NIÑOS	\$105
	CUATRO NIÑOS	\$140
	UN ADULTO	\$75
	FAMILIA	\$150
	TOTAL	\$

TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE ESTÁN INCLUIDOS EN EL PLAN

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefono	Relacion

INFORMACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO O TARJETA DE DÉBITO

TIPO DE TARJETA (MASTERCARD VISA, ETC)	NUMERO DE TARJETA	FECHA DE VENCIMIENTO	CODIGO DE SEGURIDAD

FIRMA DEL GARANTE	FECHA