Fax 1-732-960-3449 · Teléfono 732-444-8808
301 Lakehurst Rd, Suite 301, Toms River, NJ

Derechos y consentimientos

InfuseCare Medical Management, d/b/a Infuse Care

DERECHOS DEL PACIENTE

Los derechos de cada paciente incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Ser informado plenamente sobre la atención y los servicios proporcionados por Infuse Care y su responsabilidad financiera.
2. Ser tratado con respeto y dignidad, libre de discriminación.
3. Tener garantizada la confidencialidad en el tratamiento y los registros médicos.
4. Aprobar o rechazar la divulgación de información a cualquier proveedor externo, a menos que sea transferido a otra institución o empresa, o según lo exija la ley o el contrato con la compañía de seguros.
5. Tener acceso al médico que coordina su atención.
6. El derecho a consultar la información relativa a su diagnóstico y tratamiento.
7. Recibir información sobre el procedimiento de Infuse Care para la recepción, revisión y resolución de sus quejas.
8. Obtener una explicación completa y clara de la factura total por los servicios prestados y los productos suministrados.
9. Recibir atención de manera oportuna y adecuada a sus necesidades.
10. Ser tratado con respeto, consideración y reconocimiento de su dignidad e individualidad.
11. Recibir atención libre de abusos, ya sean mentales, físicos o emocionales.
12. Ser atendido por profesionales de la salud competentes y con los conocimientos necesarios.
13. Rechazar tratamientos y suministros, según lo permita la ley, y estar informado sobre los riesgos para la salud que conlleva dicha negativa.
14. Participar en la planificación de su tratamiento.
15. Identificar a todo el personal mediante la identificación correspondiente.
16. Presentar quejas o reclamaciones.
17. Mantener la confidencialidad y la privacidad de toda la información de salud protegida.
18. Ser informado sobre la política de Infuse Care respecto a la divulgación de expedientes.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Todo paciente tiene responsabilidades que incluyen, entre otras, las siguientes. Infuse Care se reserva el derecho de dar de alta a cualquier paciente que no cumpla con estas normas de conducta.

1. Proporcionar, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus medicamentos actuales y su estado de salud.
2. Informar al personal de Infuse Care sobre cualquier cambio en su estado de salud al personal médico correspondiente.
3. Seguir el plan de tratamiento exactamente como lo indique su médico.
4. Para garantizar que se cumplan todas las citas, si por algún motivo no puede asistir a su cita, comuníquese con Infuse Care para cancelarla o reprogramarla.
5. Respetar en todo momento a todo el personal de Infuse Care, independientemente de su raza, sexo, orientación sexual, religión o edad.
6. Respetar todo el equipo y la propiedad de Infuse Care.
7. Cumplir con todas sus obligaciones financieras con Infuse Care de manera oportuna.
8. Los menores y los visitantes deben cumplir con las responsabilidades del paciente y permanecer en las habitaciones designadas para pacientes en todo momento, a menos que el personal de Infuse Care lo autorice, para ayudar a mantener la privacidad y el cumplimiento de la ley HIPAA.

QUEJAS Y RECLAMACIONES

Tiene derecho a presentar una queja ante el personal de Infuse Care o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Puede obtener la dirección de la oficina regional de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través de nuestro Oficial de Cumplimiento.

Este aviso se publicó y entró en vigor el _____

☐ Reconozco que he recibido el Paquete de Bienvenida para Pacientes de Infuse Care, que incluye información sobre la preparación para emergencias; cómo comunicarse con Infuse Care; cómo presentar una queja o reclamación; el proceso para investigar y resolver quejas/reclamaciones; y cómo comunicarse con nuestro organismo de acreditación en caso de inquietudes o quejas.

Nombre * _____ Fecha * _____

Firma _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para el tratamiento y la atención médica que incluyen pruebas de diagnóstico, procedimientos y terapias ordenadas por mi proveedor de atención médica y realizadas por los profesionales clínicos de Infuse Care, incluidos sus asistentes o personas designadas. Autorizo a Infuse Care a acceder a los resultados de mis análisis de laboratorio a través de portales electrónicos de laboratorio con el fin de revisar y utilizar los análisis de laboratorio necesarios relacionados con mi atención. He tenido la oportunidad de hablar con mi médico sobre los posibles riesgos, beneficios, efectos secundarios y contraindicaciones del tratamiento prescrito, y he recibido suficiente información para tomar una decisión informada. No se me ha garantizado ningún resultado específico de mi tratamiento, y entiendo que tengo derecho a rechazar la terapia recomendada en cualquier momento.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Reconozco y acepto las siguientes responsabilidades financieras relacionadas con los servicios de atención médica proporcionados por Infuse Care:

- **Responsabilidad de pago:** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos por los servicios proporcionados por la clínica. Esto incluye, entre otros, copagos, deducibles y cualquier servicio no cubierto por mi plan de seguro.
- **Cobertura de seguro:** Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información de seguro precisa y actualizada a la clínica. Entiendo que cualquier discrepancia en la información proporcionada puede resultar en cargos adicionales de los que soy responsable.
- **Responsabilidad financiera:** En caso de que mi compañía de seguros no cubra el costo total de los servicios prestados, acepto la responsabilidad financiera total de todos los saldos pendientes.
- **Acuerdo de pago:** Me comprometo a realizar el pago de los servicios prestados puntualmente. Entiendo que el pago vence en el momento del servicio, a menos que se hayan realizado arreglos previos con la clínica. La clínica también puede negar el servicio por falta de pago de cualquier saldo pendiente en el momento del servicio.
- **Tarjeta de crédito registrada:** Autorizo a la clínica a almacenar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito. Entiendo que esta información solo se utilizará si es necesario realizar un pago y se procesará solo después de que se me hayan informado los cargos.

- **Plan de pago:** Puedo solicitar la opción de establecer un plan de pago para liquidar cualquier saldo pendiente. Si se establece un plan de pago, autorizo a la clínica a cargar automáticamente mi tarjeta de crédito de forma recurrente, según lo acordado, hasta que se pague el saldo en su totalidad. Reconozco que puedo modificar o cancelar el plan de pago mediante notificación por escrito a la clínica.
- **Costos de cobranza:** Entiendo que cualquier cuenta impaga puede ser asignada a una agencia o abogado para su cobro y acepto la cesión de todos los beneficios de terceros a Infuse Care, sus médicos, proveedores o personas designadas. Entiendo que si mi cuenta presenta un saldo vencido, seré responsable de los cargos de cobranza, honorarios de abogados o costos judiciales incurridos por la clínica en sus esfuerzos por cobrar el saldo pendiente.
- **Consultas financieras:** Reconozco que tengo derecho a consultar sobre cualquier cargo o tarifa asociada con los servicios prestados. Entiendo que puedo solicitar una explicación de los cargos a la clínica.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que Infuse Care debe mantener mi información de salud confidencial, pero puede usar legalmente mi información de salud para fines de tratamiento, cobro de los servicios prestados, coordinación de mi atención o según sea necesario para las operaciones internas. Reconozco haber leído y/o recibido y acepto los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente de Infuse Care.

ASISTENCIA PARA COPAGOS Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Si califico para asistencia para copagos, autorizo al personal de Infuse Care a inscribirme en cualquier programa de asistencia para copagos elegible, según corresponda a mi tratamiento y cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a Infuse Care, sus empleados, agentes y afiliados a usar o divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI) hasta la finalización de los servicios prestados. Esta autorización se proporciona de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996. La información que se utilizará o divulgará puede incluir, entre otros, los siguientes tipos de información: 1) expedientes médicos; 2) resultados de laboratorio; 3) planes y notas de tratamiento; 4) información de facturación y pago; 5) historial de citas; 6) otros documentos del paciente.

Acepto comunicarme con Infuse Care por correo electrónico seguro, llamadas telefónicas y mensajes de texto SMS estándar con respecto a mi atención médica, información de salud protegida (PHI), experiencia del paciente y comentarios del cliente, que pueden compartirse con mi médico remitente. Entiendo que mis comentarios pueden ser compartidos con fines promocionales, pero los detalles relacionados con mi identidad e información médica nunca serán divulgados.

Autorizo a las siguientes personas a hablar sobre mi atención médica, incluyendo las fechas y horas de las próximas citas o el estado de las derivaciones. *Personas autorizadas (dejar en blanco si no hay ninguna):*

#	NOMBRE	RELACIÓN	INFORMACIÓN DE CONTACTO	INFORMACIÓN AUTORIZADA PARA DIVULGACIÓN
1				
2				
3				

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
Fax 1-732-960-3449 · Teléfono 732-444-8808
301 Lakehurst Rd, Suite 301, Toms River, NJ

Certifico que he tenido la oportunidad de leer/revisar este formulario y todos los documentos adjuntos mencionados (o que me los han leído). Acepto que se pueda utilizar una copia de este consentimiento, exención de responsabilidad y cesión de beneficios en lugar del original. Entiendo que tengo derecho a una copia si la solicito y que este consentimiento, exención de responsabilidad y cesión son válidos hasta que se revoquen por escrito o se reemplacen por uno con fecha posterior.

Nombre * _____ Fecha de nacimiento * _____

Firma * _____ Fecha * _____

El abajo firmante certifica que el paciente es (incapaz de dar su consentimiento) / (menor de edad) y que ha leído y acepta lo anterior en calidad de responsable del paciente.

Firma del tutor (si corresponde) _____ Fecha _____