



ACUSE DE RECIBO DE EDUCACIÓN Y MATERIAL PACIENTE DEL PACIENTE

Reconozco que he recibí educación o material (según corresponda a mi programa) sobre los siguientes puntos y que me dieron la oportunidad de hacer preguntas o pedir aclaraciones:

- Orientación del paciente para el programa y las instalaciones
- Horario de atención y dispensación
- Derechos del paciente y procedimientos de quejas de BrightView Health
- Aviso de prácticas de privacidad de BrightView y resumen escrito de las leyes federales de confidencialidad
- Directrices y reglas/reglamentos de BrightView Health
- Honorarios y procedimientos de facturación para pacientes de BrightView Health
- Ayuda financiera
- Opciones de tratamiento, incluida la gestión de abstinencia
- Beneficios y riesgos asociados a cada opción de tratamiento
- Tratamiento de adicciones y embarazo, incluido el síndrome de abstinencia neonatal y los riesgos y beneficios de tomar buprenorfina o metadona durante el embarazo, si corresponde¹
- Recursos para crianza/habilidades de crianza
- Uso de anticonceptivos reversibles voluntarios de acción prolongada, si corresponde
- Riesgo de exposición, prevención y tratamiento de enfermedades virales crónicas, incluidos el VIH, la hepatitis, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual
- Beneficios terapéuticos previstos y efectos adversos de los medicamentos del tratamiento
- Riesgo de sobredosis, incluidas las interacciones farmacológicas con los depresores del sistema nervioso central
- Riesgo de sobredosis, incluida la recaída después de un período de abstinencia de opioides
- Agentes de prevención y reversión de sobredosis
- La enfermedad de la adicción
- Información sobre el diagnóstico del paciente
- Los efectos del abuso del alcohol y otras drogas
- Problemas familiares relacionados con el trastorno por consumo de sustancias
- Prevención de recaídas
- Incumplimiento y procedimientos de alta
- Posibles interacciones de los medicamentos
- Pruebas de toxicología y procedimientos de servicios de flebotomía
- Medicamentos que llevará a su casa
- Servicios para personas en crisis
- Política sobre condiciones climáticas extremas
- Manual de políticas del paciente - Massachusetts
- Sistema automatizado de informes de recetas de Massachusetts (MassPat)
- Política sobre cumplimiento del tratamiento
- Consentimiento de inscripción doble
- Consentimiento para evaluación y tratamiento de alcohol o drogas
- Consentimiento de telemedicina
- Consentimiento de texto

Nombre del paciente (escriba con letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

¹Para todas las pacientes en edad fértil y posibilidad de quedar embarazadas



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Estimado/a paciente:

BrightView Health es un servicio de asesoría confidencial. BrightView Health está sujeto a las leyes estatales y federales de confidencialidad de los servicios de salud mental y consumo de sustancias. Una vez que se hace una consulta, no se puede divulgar información a nadie sin su permiso por escrito en un formulario de divulgación de información. Cuando vaya a su primera consulta, se analizarán en detalle la política de confidencialidad y sus derechos como paciente.

Para usted, esto significa lo siguiente:

BrightView Health no compartirá su información con terceros sin su consentimiento por escrito. El personal de BrightView Health trabajará de manera diligente para proteger la información proporcionada en las sesiones de asesoría.

- La confidencialidad no se aplica a los casos de denuncia o sospecha de consumo/abandono de niños o adultos mayores.
- La confidencialidad no se aplica a los casos de daño potencial a uno mismo o a otros.
- En casos de emergencia médica, la información puede compartirse con el personal médico.
- En raras ocasiones, un tribunal solicitará sus registros. Es posible que BrightView Health deba compartir esa información. BrightView Health hará un esfuerzo por analizar con usted cualquier instancia en la que se pueda incumplir su confidencialidad. Además se esforzará por compartir solo la información que se considere legalmente necesaria.
- La información debe compartirse con su proveedor de seguros, en caso de que elija usar uno. Esta información puede ser vista por varios empleados del proveedor de seguros. También existe la posibilidad de que ciertos miembros de su empleador puedan verla.

Su responsabilidad:

También es su responsabilidad proteger la confidencialidad de otros pacientes. No hable sobre otros pacientes (nombres, diagnósticos, etc.) fuera de las sesiones de terapia de grupo. Para proteger su confidencialidad, todos los pacientes también deben aceptar cumplir con esta política. Si se determina que incumplió esta política de confidencialidad, es posible que se le dé de baja del programa.

Con la firma en este formulario, reconoce que puede haber casos en los que BrightView Health deba compartir su información confidencial y reconoce que es responsable de ayudar a mantener la confidencialidad de otros pacientes. Hablar de otros pacientes fuera de las sesiones grupales puede provocar que se le dé de baja del programa.

Nombre del paciente (escriba con letra de molde): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



COLUMN HEALTH, LLC, QUE OPERA COMO BRIGHTVIEW HEALTH AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de Vigencia: 1/30/2023

Fecha de publicación: 1/30/2023

Nuestra política de privacidad

BrightView Health se compromete a prestarle servicios de atención médica conductual de calidad. Una parte importante de ese compromiso es proteger su información médica de acuerdo con la ley aplicable. Este aviso ("Aviso de prácticas de privacidad") describe sus derechos y nuestras responsabilidades conforme a la ley federal. La información médica protegida (protected health information, PHI) es información sobre usted, que incluye la información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura; la prestación de servicios médicos; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de servicios de su atención médica.

Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su PHI, proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, y notificarle después de un incumplimiento de la seguridad de esta información relacionada con usted. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir de la fecha indicada en la primera página de este y permanecerá en vigor hasta que se revise. Estamos obligados a modificar este Aviso de prácticas de privacidad cuando haya modificaciones sustanciales en sus derechos, nuestras obligaciones u otras prácticas contenidas en este documento.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestra política y prácticas de privacidad y los términos de este Aviso de prácticas de privacidad, de conformidad con la ley aplicable y nuestros procesos comerciales actuales, en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de prácticas de privacidad será efectivo para toda la PHI que conservamos en ese momento. La notificación de las revisiones de este Aviso de prácticas de privacidad se proporcionará de la siguiente manera previa solicitud: de manera electrónica mediante nuestro sitio web o por otros medios electrónicos, o como se publique en nuestro lugar del negocio.

Además de lo anterior, tenemos el deber de responder a sus solicitudes (por ejemplo, las correspondientes a sus derechos) de manera oportuna y adecuada. Apoyamos y valoramos su derecho a la privacidad y estamos comprometidos a mantener medidas de seguridad razonables y adecuadas para su PHI.



La confidencialidad de los expedientes de pacientes con trastornos de abuso de sustancias

La confidencialidad de los expedientes de los pacientes con trastornos de abuso de sustancias que se mantiene en este programa también está protegida por las leyes y reglamentaciones federales. En general, la ley y las reglamentaciones establecen lo siguiente:

1. No podemos revelar a una persona ajena al centro de tratamiento que usted está allí, que es un paciente del centro ni darle ninguna información que lo identifique como que tiene o tuvo un trastorno por consumo de sustancias.
2. Excepto en circunstancias específicas y limitadas descritas en las reglamentaciones federales, no divulgaremos ninguna información de su trastorno por consumo de sustancias a ninguna persona fuera del centro de tratamiento, a menos que usted dé su consentimiento por escrito (como se explica a continuación en "Autorización para usar o divulgar información confidencial").
3. La información relacionada con un delito que haya cometido en las instalaciones del centro de tratamiento o contra el personal del centro de tratamiento no está protegida.
4. Las denuncias de sospechas de abuso y abandono infantil realizadas en virtud de la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes no están protegidas.

(Consulte el artículo 290-dd-3 del título 42 del Código de los Estados Unidos [United States Code, U.S.C.], artículo 290-ee-3 de las leyes federales y la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, C.F.R.] para ver las regulaciones federales.

El incumplimiento de las leyes y reglamentaciones federales por parte del centro de tratamiento es un delito. Las presuntas infracciones se pueden denunciar ante el fiscal de los Estados Unidos del distrito judicial en el que se produzca la infracción, así como ante la oficina de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse and Mental Health Services, SAMHSA) responsable de la supervisión del centro de tratamiento.

Usos y divulgaciones

Los usos y las divulgaciones de su PHI pueden permitirse, requerirse o autorizarse. Las siguientes categorías describen varias formas en que usamos y divulgamos la PHI.

Entre el personal de BrightView Health: podemos usar o divulgar información entre el personal que necesite información en relación con sus responsabilidades que surjan de la provisión de diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento del consumo de alcohol o drogas, siempre que dicha comunicación sea (i) dentro de el centro de tratamiento, o (ii) entre el centro de tratamiento y BrightView Health. Por ejemplo, nuestro personal, incluidos médicos y enfermeros, usará su PHI para brindarle atención de tratamiento. Su PHI puede usarse en relación con los estados de cuenta que le enviamos y con el seguimiento de cargos y créditos a su cuenta. Su PHI se utilizará para verificar la elegibilidad para la cobertura de seguro y para preparar reclamos para su compañía de seguros cuando corresponda. Podemos usar y divulgar su PHI para llevar a cabo nuestro negocio de atención médica y para realizar funciones asociadas a nuestras actividades comerciales, incluidas la acreditación y la concesión de licencias.



Secretaría de Servicios de Salud y Humanos: estamos obligados a divulgar la PHI a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. cuando se esté investigando o determinando nuestro cumplimiento con las Reglas de privacidad de la Ley HIPAA.

Socios comerciales: podemos divulgar su PHI a los socios comerciales que contratamos para prestar servicios en nuestro nombre, que pueden implicar la recepción, el uso o la divulgación de su PHI. Todos nuestros asociados comerciales deben acordar:

(i) proteger la privacidad de su PHI; (ii) usar y divulgar la información solo para los fines para los que se contrató al asociado comercial; (iii) cumplir con la parte 2 del título 42 del C.F.R., y (iv) si es necesario, resistir en los procedimientos judiciales cualquier intento de obtener acceso a los registros de los pacientes, salvo que lo permita la ley.

Delitos en las instalaciones: podemos divulgar a la policía información que esté directamente relacionada con un delito que se cometió en las instalaciones o contra nuestro personal o con una amenaza de cometer dicho delito.

Informes de sospecha de abuso y abandono infantil: es posible que divulguemos la información requerida para informar conforme a la ley estatal incidentes de sospecha de abuso y abandono infantil a las autoridades estatales o locales correspondientes. Sin embargo, no podemos divulgar sin consentimiento los registros originales del paciente, incluso para procedimientos civiles o penales que puedan surgir a partir de la denuncia de sospecha de abuso y abandono infantil.

Orden judicial: podemos divulgar información requerida por una orden judicial, siempre que se cumplan ciertos requisitos reglamentarios.

Situaciones de emergencia: podemos divulgar su información al personal médico con el fin de darle tratamiento en una emergencia.

Investigación: podemos usar y divulgar su información para investigación si se cumplen ciertos requisitos, como la aprobación de una Junta de Revisión Institucional.

Actividades de auditoría y evaluación: podemos divulgar su información a personas que realizan ciertas actividades de auditoría y evaluación, siempre que la persona acepte ciertas restricciones sobre la divulgación de información.

Informe de fallecimiento: podemos divulgar su información relacionada con la causa de la muerte a una autoridad de salud pública que esté autorizada para recibir dicha información.

Registro Central: con su inscripción en los Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos en este centro, se puede divulgar su información médica al Registro Central dentro del estado de Massachusetts. Entiendo que si no doy mi consentimiento para que mi información se divulgue al Registro Central, mi información puede enviarse por fax a otros programas de tratamiento de opioides dentro de un radio de 100 millas para verificar la inscripción doble.

Esta información será vista por el personal de cualquier centro de tratamiento asistido por medicamentos con licencia legal en los Estados Unidos cuando usted se presente y solicite servicios de medicamentos de emergencia o inscripción. Además, la información descrita anteriormente podría divulgarse a cualquier autoridad estatal de tratamiento de opioides debidamente designada y su personal con el fin de monitorear las verificaciones de inscripción doble.



La información anterior se puede mantener en el sistema del Registro Central de LightHouse Software Systems, LLC (LHSS) para los fines de su participación en un Registro Central dentro del estado de Massachusetts, y también para ayudar en su atención en tiempos de catástrofes y prevenir múltiples inscripciones en programas de tratamiento de opioides. LHSS está ubicada en 2120 Placentia Ave, Costa Mesa, CA. El Registro Central contendrá los medicamentos actualmente recetados que se utilizan para su tratamiento y su programa de registros de dosificación. Esta información se conservará en el Registro Central de LHSS mientras siga siendo paciente en este centro de tratamiento y estará disponible para el personal donde pueda presentarse para los servicios de ingreso o de medicamentos de emergencia hasta 60 días después de su alta del tratamiento en este lugar. Su nombre se cifrará en la base de datos del sistema del Registro Central de LHSS con tecnología que cumpla con los requisitos de cumplimiento de la Ley HIPAA.

Autorización para usar o revelar PHI

Aparte de lo establecido anteriormente, no usaremos ni revelaremos su PHI excepto con su autorización por escrito. Sujeto al cumplimiento de excepciones limitadas, no usaremos ni revelaremos notas de psicoterapia, no usaremos ni revelaremos su PHI con fines de marketing ni venderemos su PHI a menos que haya firmado una autorización. Si usted o su representante nos autorizan a usar o revelar su PHI, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento para evitar futuros usos o revelaciones. Respetaremos las revocaciones orales autenticando su identidad hasta que se obtenga la revocación por escrito. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida con su autorización mientras haya estado vigente.

Derechos de los pacientes/clientes

Los siguientes son los derechos que usted tiene con respecto a su PHI. También se proporciona información sobre cómo ejercer esos derechos. Proteger su PHI es una parte importante de los servicios que prestamos. Queremos asegurarnos de que tenga acceso a su PHI cuando la necesite y de que comprenda claramente sus derechos como se describe a continuación.

Derecho a notificación

Tiene derecho a una notificación adecuada de los usos y las divulgaciones de su PHI, y de nuestros deberes y responsabilidades con respecto a la misma, según lo dispuesto en el presente. Tiene derecho a solicitar una copia impresa y electrónica de este Aviso. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho de acceso para inspeccionar y copiar

Tiene derecho a acceder, inspeccionar y obtener una copia de su PHI durante el tiempo que la conservemos según lo exige la ley. Este derecho puede estar restringido solo en ciertas circunstancias limitadas según lo dictado por la ley aplicable. Todas las solicitudes de acceso a su PHI deben hacerse por escrito. En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud. Cualquier denegación de una solicitud de acceso se le comunicará por escrito. Si se le niega el acceso a su PHI, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional médico con licencia elegido por BrightView Health revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Cumpliremos con



la decisión que tome el profesional designado. Si se le sigue denegando, tiene derecho a que un profesional médico externo revise la denegación (es decir, uno que no esté afiliado a nosotros). Cumpliremos con la decisión que tome el profesional designado. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por el proceso de copia o envío por correo de su solicitud. En cuanto a la PHI que puede conservarse en forma y formato electrónico, puede solicitar una copia a la que tiene derecho en esa forma y formato electrónico si es fácilmente producible, pero si no, entonces en cualquier forma y formato legible que acordemos (por ejemplo, PDF). Su solicitud también puede incluir instrucciones de transmisión a otra persona o entidad.

Derecho a modificar

Si cree que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI mientras la conservemos. La solicitud debe hacerse por escrito y usted debe proporcionar una razón para respaldar la modificación solicitada. En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud de modificación, incluso, entre otras situaciones, cuando la PHI: 1. no fuera creada por nosotros; 2. estuviera excluida del acceso y la inspección según la ley aplicable, o 3. sea precisa y completa. Si denegamos la enmienda, le proporcionaremos la justificación de la denegación por escrito. Puede escribir una declaración de desacuerdo si su solicitud es denegada. Esta declaración se mantendrá como parte de su PHI y se incluirá con cualquier divulgación. Si aceptamos la enmienda, trabajaremos con usted para identificar otras partes interesadas en la atención médica que requieran notificación y para proporcionar la notificación.

Derecho de solicitar información acerca de las divulgaciones

Estamos obligados a crear y mantener un registro o lista de ciertas divulgaciones que hacemos de su PHI. Tiene derecho a solicitar una copia de dicha lista durante un período especificado por la ley aplicable antes de la fecha en que se solicite (hasta seis años). Debe realizar cualquier solicitud de lista por escrito. No estamos obligados por la ley a la participación de ciertos tipos de divulgaciones (como las divulgaciones realizadas conforme a una autorización firmada por usted), y no se proporcionará una lista de estas divulgaciones. Si solicita este informe más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Le informaremos la tarifa que le cobraremos (si corresponde) en el momento de la solicitud.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar restricciones o limitaciones sobre cómo usamos y divulgamos su PHI para tratamiento, pago y operaciones. No estamos obligados a aceptar restricciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, excepto en circunstancias limitadas, como se describe a continuación. Esta solicitud debe ser por escrito. Si aceptamos la restricción, cumpliremos con esta en el futuro, a menos que tome medidas afirmativas para revocarla o consideremos, según nuestro criterio profesional, que una emergencia justificaría eludir la restricción para brindarle la atención adecuada o a menos que el uso o la divulgación se permita por ley. En raras circunstancias, nos reservamos el derecho de rescindir una restricción que hayamos acordado previamente, pero solo después de proporcionarle un aviso de rescisión.



Pagos de su bolsillo

Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, usted o alguna persona además de su plan médico pagó por su atención) en su totalidad por un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su PHI con respecto a ese artículo o servicio no se divulgue a un plan médico con fines de pago u operaciones de atención médica, y la ley nos exige cumplir con esa solicitud a menos que usted la dé de baja por escrito y cuando las divulgaciones no sean requeridas por ley. Esta solicitud se debe hacer por escrito.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su PHI y temas de salud por medios alternativos o ubicaciones alternativas. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe especificar el medio alternativo o la ubicación. Aceptaremos todas las solicitudes razonables de conformidad con nuestro deber de garantizar que su PHI esté debidamente protegida.

Derecho a la notificación de una infracción

Tiene derecho a que se le notifique si nosotros (o uno de nuestros asociados comerciales) descubre un incumplimiento que involucre PHI no protegida.

Derecho a informar preocupaciones

Tiene derecho a presentarnos una queja por escrito o presentarla ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si considera que hemos incumplido sus derechos de privacidad. Cualquier queja que se presente debe hacerse por escrito ante nuestro representante de Privacidad en la dirección que se indica a continuación.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Consultas, solicitudes de información y quejas

Para preguntas, solicitudes de información, más información sobre nuestra política de privacidad o inquietudes, contáctenos. Puede ponerse en contacto con el representante de Privacidad de nuestra empresa en:

BrightView Health
Attn: Privacy Officer
4600 Montgomery Road, Ste 400
Cincinnati, OH 45212
833.510.4357

Respaldamos su derecho a la privacidad de su información médica protegida. No sufrirá represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Si considera que se infringieron sus derechos y desea presentar una queja directamente ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., puede presentar una queja formal por escrito a la siguiente dirección:



U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
877.696.6775
OCRMail@hhs.gov
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

Consentimiento firmado por el paciente

Entiendo por completo y estoy de acuerdo con estas políticas y condiciones. Esto complementa los acuerdos anteriores que pueda haber firmado. Una copia de este acuerdo está disponible a pedido.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de registro: _____

Entiendo que como paciente de Column Health, LLC, que opera como BrightView Health, soy elegible para recibir una variedad de servicios. El tipo y el alcance de los servicios que recibiré se determinarán luego de una evaluación inicial y un análisis exhaustivo conmigo. El objetivo del proceso de evaluación es determinar el mejor tratamiento para mí. Por lo general, el tratamiento se proporciona en el transcurso de varios meses.

1. Consentimiento para evaluar/tratar: Doy mi consentimiento de manera voluntaria para participar en una evaluación o un tratamiento por consumo de alcohol o drogas del personal de BrightView Health. Entiendo que después de la evaluación o del tratamiento, se proporcionará información completa y precisa sobre cada una de las siguientes áreas:

- Los beneficios del tratamiento propuesto
- Modalidades y servicios de tratamiento alternativos
- La forma en que se administrará el tratamiento
- Efectos secundarios esperados del tratamiento o riesgos de efectos secundarios de los medicamentos (cuando corresponda)
- Probable consecuencias de no recibir tratamiento

El tratamiento se llevará a cabo dentro de los límites de las leyes de tratamiento de consumo de sustancias de Massachusetts. Entiendo que varios profesionales de la salud mental, algunos de los cuales están en capacitación, brindan servicios de BrightView Health. Todos los profesionales en formación son supervisados por personal autorizado.

2. Beneficios y riesgos de la evaluación/del tratamiento: La evaluación y el tratamiento pueden administrarse mediante entrevistas psicológicas, evaluaciones o pruebas psicológicas, psicoterapia, administración farmacológica, así como expectativas con respecto a la duración y frecuencia del tratamiento. Puede ser beneficioso para mí y para el profesional de referencia, comprender la naturaleza y la causa de cualquier dificultad que afecte mi funcionamiento diario, de modo que se puedan ofrecer las recomendaciones y los tratamientos adecuados. Los usos de esta evaluación incluyen el diagnóstico, la evaluación de la recuperación o el tratamiento, la estimación del pronóstico y la planificación de la educación y la rehabilitación. Los posibles beneficios del tratamiento incluyen un mejor desempeño cognitivo o académico/laboral, estado de salud, calidad de vida y conocimiento de las fortalezas y limitaciones. Entiendo que si bien la psicoterapia o los medicamentos pueden brindar grandes beneficios, también pueden presentar riesgos. La psicoterapia puede provocar pensamientos y sentimientos incómodos o puede llevar a la recuperación de recuerdos inquietantes. Sé que a veces los medicamentos pueden tener efectos secundarios no deseados.



3. **Investigación:** Como parte de las encuestas de satisfacción del cliente en curso y las investigaciones futuras, parte de la información de su archivo puede enviarse a terceros o utilizarla BrightView Health. No se compartirá su información de identificación; sin embargo, podría compartirse información general (edad, raza y sexo).
4. **Cargos:** Los honorarios se basan en la duración o el tipo de evaluación o tratamiento, que están determinados por la naturaleza del servicio. Seré responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro, incluidos los copagos y los deducibles. El monto de los honorarios está disponible si lo solicito.
5. **Confidencialidad:** La información de mi evaluación o tratamiento se incluye en un expediente médico confidencial en BrightView Health. Entiendo que BrightView Health me tomará una fotografía con el fin de proporcionarme una tarjeta de identificación del lugar. Esta misma fotografía se conservará en los registros médicos electrónicos como forma principal de que se me identifique. El fin de estas fotos es cumplir con la política y los procedimientos de BrightView en cuanto a utilizar dos formas de identificación para reconocer a cada cliente.

Entiendo que en todo BrightView Health hay cámaras de vigilancia para observación de rutina.

6. **Derecho a retirar el consentimiento:** Tengo derecho a retirar mi consentimiento para la evaluación o el tratamiento en cualquier momento mediante una solicitud por escrito al médico que me trata.
7. **Pruebas e informes generales de laboratorio:** Se pueden solicitar pruebas de laboratorio, incluidas, entre otras, análisis de sangre. Esta prueba puede ser para obtener el diagnóstico de VIH, hepatitis B o C u otra enfermedad que se transmita por la sangre. Los resultados positivos de este trabajo de laboratorio deben informarse a las autoridades correspondientes. Autorizo a BrightView Health a divulgar cualquier enfermedad infecciosa notificable e información sobre esa enfermedad a mi departamento de salud local y estatal con el fin de coordinar la atención. Para estas divulgaciones, solo se permite la cantidad mínima de información médica protegida necesaria para lograr el propósito previsto del uso.

Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos por las reglamentaciones federales de la parte 2 del título 42 del C.F.R.: Confidencialidad de los registros de pacientes sobre el consumo de alcohol y drogas y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito. Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que la revocación no será efectiva de manera retroactiva para divulgaciones de información que ya hayan ocurrido. Si no se revocara previamente, este consentimiento seguirá siendo válido 90 días después del alta.



- 8. Pruebas de toxicología:** Entiendo que al momento del ingreso y durante el tratamiento, me pedirán que me someta a una variedad de pruebas de toxicología que incluyen pruebas de detección de drogas en orina, pruebas de detección de alcohol, pruebas de embarazo (si corresponde) y análisis de sangre/laboratorio. El equipo de tratamiento y el proveedor determinarán la frecuencia de estas pruebas. Doy mi consentimiento para someterme a todas las pruebas descritas anteriormente según se apliquen a mi caso. Además, doy mi consentimiento para permitir que BrightView Health envíe la muestra de mi orina al laboratorio para su análisis.
- 9. Vencimiento del consentimiento:** Este consentimiento para tratar vencerá 12 meses después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.
- 10. Consentimiento informado para el tratamiento con medicamentos:** De acuerdo con las prácticas basadas en evidencia, BrightView Health, luego de una valoración y evaluación y por recomendación de un médico, puede recetar varios medicamentos a los pacientes en recuperación. Estos medicamentos se usan junto con la asesoría grupal, la asesoría individual y la asesoría familiar. Cualquier medicamento que reciba puede tener una reacción adversa o posibles efectos secundarios.

El objetivo del tratamiento con medicamentos es estabilizar el funcionamiento. Me doy cuenta de que el tratamiento de algunos pacientes puede continuar durante períodos relativamente largos, pero se debe considerar periódicamente dejar de tomar por completo todos los medicamentos.

Tratamiento con buprenorfina (si corresponde):

La buprenorfina es un medicamento aprobado por la FDA para el tratamiento de la adicción a los opiáceos y se puede utilizar para la desintoxicación o como terapia de mantenimiento. La terapia de mantenimiento puede continuar mientras sea necesaria según criterio médico. Existen otros tratamientos para la adicción a los opiáceos, como la metadona, la naltrexona y algunos tratamientos sin medicamentos. El plan de tratamiento adecuado para usted será determinado por su consejero principal y por un médico.

El consumo de buprenorfina mantendrá su dependencia física. Si lo interrumpe repentinamente, es probable que sufra abstinencia. Si aún no es dependiente, no debe tomar buprenorfina, ya que eventualmente podría causar dependencia física. Es probable que el medicamento que tomará contenga tanto buprenorfina como un bloqueador de opiáceos (naloxona). Si se abusa del medicamento mediante inhalación o inyección, la naloxona causará abstinencia grave, pero cuando se toma según las indicaciones, no tiene efecto.

Si tiene dependencia de los opiáceos, **debe tener la mayor cantidad de abstinencia posible cuando tome la primera dosis de buprenorfina/naloxona. Si no tiene abstinencia, la buprenorfina/naloxona puede causar una abstinencia grave de opiáceos.** Le recomendamos que no conduzca después de la primera dosis, ya que algunos pacientes pueden tener somnolencia durante las primeras fases del tratamiento. Puede tomarle varios días sentirse completamente cómodo con la transición a la buprenorfina/naloxona.



La combinación de buprenorfina con alcohol u otros medicamentos sedantes es peligrosa.

La combinación de la buprenorfina con benzodiazepinas (como Valium®, Librium®, Ativan®, Xanax®, Klonopin®, etc.) ha provocado muertes. Aunque no se demostró que la buprenorfina sublingual sea perjudicial para el hígado, su médico controlará sus pruebas hepáticas mientras toma buprenorfina. (Este es un análisis de sangre). Los intentos de anular la buprenorfina tomando más opioides podrían ocasionar una sobredosis de opioides. No debe tomar ningún otro medicamento sin consultarlo primero con el médico.

Entiendo que los productos de buprenorfina y otros medicamentos de tratamientos que los incluyen pueden interactuar con otros medicamentos recetados, con vitaminas y suplementos nutricionales.

Las posibles interacciones incluyen aumentar o disminuir el nivel de productos de la buprenorfina en mi cuerpo o, en casos extremadamente raros, posiblemente causar un ritmo cardíaco anormal que puede ser letal. Acepto que es mi responsabilidad proporcionar, al menos una vez al mes, documentación de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos nutricionales que tomo.

Entiendo que puedo retirarme de este tratamiento y discontinuar cuando se me indique el consumo del medicamento en cualquier momento, y se me otorgará el alta médica bajo supervisión. La abstinencia supervisada médicamente podría ser una abstinencia a corto plazo o una a largo plazo. Esto será a criterio del director médico/proveedor. Entiendo que una vez que complete el alta supervisada médicamente, se me puede ofrecer un programa de atención posterior que incluirá solo asesoría.

PARA PRUEBAS DE EKG/ECG (si corresponde): Un electrocardiograma (a veces llamado EKG o ECG) es un procedimiento no invasivo para obtener una presentación gráfica de la actividad eléctrica del corazón derivada de la amplificación del impulso eléctrico diminuto que normalmente genera el corazón. El trazado se obtiene mediante 10 electrodos que se colocan sobre la piel en tórax, brazos y piernas. Si se produce alguna alteración (como estática), es posible que sea necesario cambiar la posición de algunos electrodos para garantizar un registro claro del corazón. Esta prueba se usa para identificar y diagnosticar varias afecciones cardíacas diferentes. Los riesgos incluyen un posible enrojecimiento y picazón en los sitios de colocación de los electrodos y una posible irritación leve de la piel.

PARA MUJERES QUE ESTÁN O PUEDEN QUEDAR EMBARAZADAS: Si bien la metadona está aprobada por la FDA para el tratamiento con medicamentos para la adicción a los opioides en pacientes embarazadas, no hay datos concluyentes sobre la seguridad de esta en el embarazo en seres humanos y puede ser perjudicial para los nonatos. Informe a su médico y al director/proveedor médico del Programa si está embarazada o planea quedar embarazada. Después del parto, los bebés pueden tener síntomas de abstinencia. Una pequeña cantidad de metadona se transmite a través de la leche materna; por lo tanto, analice el tema de la lactancia con su médico.



Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la terapia de mantenimiento con metadona, así como las alternativas a esta, y por la presente doy mi consentimiento informado y voluntario para recibir la terapia de mantenimiento con metadona de BrightView Health.

11. Programa de tratamiento con opiáceos (OTP) (si corresponde)

Acepto que informaré a los médicos que me traten por cualquier problema médico que estoy inscrito en un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, ya que el consumo de otros medicamentos junto con los del tratamiento prescrito por el programa puede causarme daño. Además, acepto que actualmente no estoy inscrito en otro Programa de tratamiento con opiáceos (Opiate Treatment Program, OTP) en este momento. Entiendo que las leyes estatales y federales prohíben la inscripción doble en los programas de tratamiento con opiáceos.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para permitir que BrightView Health divulgue mi estado de la inscripción, por fax o de manera verbal, a todos los programas de tratamiento con opiáceos de acuerdo con las pautas de las leyes estatales y federales. Además, doy mi consentimiento para permitir que BrightView Health divulgue mi estado de inscripción, por fax, transferencia electrónica o confirmación verbal, a un Registro Central del estado de acuerdo con las leyes estatales y federales, así como a cualquier otro OTP dentro de un radio de 100 millas.

Por la presente certifico que no se dio ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener del tratamiento para el consumo alcohol y drogas. Con pleno conocimiento de los posibles beneficios y posibles riesgos involucrados, doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento.

Nombre del testigo en letra de molde: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de registro: _____

Column Health, LLC, que opera como BrightView Health, presta una amplia gama de servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. Los servicios de salud mental pueden incluir, entre otros, administración farmacológica, psicoterapia y asesoría. Es un proceso de colaboración entre usted, los proveedores médicos y su terapeuta. Nuestros proveedores médicos y terapeutas fueron capacitados en una variedad de métodos de tratamiento y determinarán qué enfoques y técnicas le beneficiarán más. El tipo y el alcance de los servicios que recibirá se determinan luego de una evaluación inicial y un análisis exhaustivo entre usted y sus proveedores médicos y el terapeuta. No se pueden garantizar los resultados de la terapia de salud mental y usted puede terminar la terapia en cualquier momento. Si un terapeuta o proveedor de BrightView Health no puede brindar el tratamiento necesario para abordar una inquietud, un comportamiento o un diagnóstico en particular, BrightView Health lo derivará a un proveedor adecuado que cubra mejor sus necesidades.

- 1. Consentimiento para evaluar/tratar:** Doy mi consentimiento de manera voluntaria para participar en un tratamiento de salud mental del personal de BrightView Health. Entiendo que después de la evaluación o del tratamiento, se proporcionará información completa y precisa sobre cada una de las siguientes áreas:
- Los beneficios del tratamiento propuesto
 - Modalidades y servicios de tratamiento alternativos
 - La forma en que se administrará el tratamiento
 - Efectos secundarios esperados del tratamiento o riesgos de efectos secundarios de los medicamentos (cuando corresponda)
 - Probable consecuencias de no recibir tratamiento

El tratamiento se llevará a cabo dentro de los límites de las leyes de tratamiento de tratamiento de salud mental de Massachusetts. Entiendo que varios profesionales de la salud mental, algunos de los cuales están en capacitación, brindan servicios de BrightView Health. Todos los profesionales en formación son supervisados por personal autorizado.

- 2. Beneficios y riesgos de la evaluación/del tratamiento:** La evaluación y el tratamiento pueden administrarse mediante entrevistas psicológicas, evaluaciones o pruebas psicológicas, psicoterapia y expectativas con respecto a la duración y frecuencia del tratamiento. Puede ser beneficioso para mí y para el profesional de referencia, comprender la naturaleza y la causa de cualquier dificultad que afecte mi funcionamiento diario, de modo que se puedan ofrecer las recomendaciones y los tratamientos adecuados. Los usos de esta evaluación incluyen el diagnóstico, la evaluación anterior del tratamiento, la estimación del pronóstico y la educación. Los posibles beneficios del



tratamiento incluyen un mejor desempeño cognitivo o académico/laboral, estado de salud, calidad de vida y conocimiento de las fortalezas y limitaciones. Entiendo que si bien la psicoterapia puede brindar grandes beneficios, también puede presentar riesgos. La psicoterapia puede provocar pensamientos y sentimientos incómodos o puede llevar a la recuperación de recuerdos inquietantes. Sé que a veces los medicamentos pueden tener efectos secundarios no deseados.

- 3. Investigación:** Como parte de las encuestas de satisfacción del cliente en curso y las investigaciones futuras, parte de la información de su archivo puede enviarse a terceros o utilizarla BrightView Health. No se compartirá su información de identificación; sin embargo, podría compartirse información general (edad, raza y sexo).
- 4. Cargos:** Los honorarios se basan en la duración o el tipo de evaluación o tratamiento, que están determinados por la naturaleza del servicio. Seré responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro, incluidos los copagos y los deducibles. El monto de los honorarios está disponible si lo solicito.
- 5. Confidencialidad:** La información de mi evaluación o tratamiento se incluye en un expediente médico confidencial en BrightView Health. Entiendo que BrightView Health me tomará una fotografía con el fin de proporcionarme una tarjeta de identificación del lugar. Esta misma fotografía se conservará en los registros médicos electrónicos como forma principal de que se me identifique. El fin de estas fotos es cumplir con la política y los procedimientos de BrightView Health en cuanto a utilizar dos formas de identificación para reconocer a cada cliente. Entiendo que en todo BrightView Health hay cámaras de vigilancia para observación de rutina.
- 6. Derecho a retirar el consentimiento:** Tengo derecho a retirar mi consentimiento para la evaluación o el tratamiento en cualquier momento mediante una solicitud por escrito al médico que me trata.

Nombre del cliente en letra de molde: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN BRIGHTVIEW HEALTH

Cumplir el tratamiento farmacológico simplemente significa tomar los medicamentos recetados/que le indicaron que tomara. También es tomarlos según las indicaciones de un profesional médico, ya sea que se tomen en forma de comprimido, se inhalen, se inyecten o se apliquen tópicamente.

No tomar los medicamentos según lo prescrito se denomina "incumplimiento". Muchas personas nunca surten sus medicamentos, o es posible que nunca recojan sus recetas surtidas en la farmacia. Otras personas llevan sus medicamentos a casa, pero no siguen las instrucciones del profesional médico: se saltan dosis o dejan de tomarlo.

Específicamente, el incumplimiento incluye:

- No surtir un medicamento nuevo o volver a surtir un medicamento existente cuando se supone que debe hacerlo.
- Suspender un medicamento antes de que las instrucciones indiquen que debe hacerlo.
- Tomar más o menos del medicamento recetado/indicado; o en el momento equivocado del día.

Por lo general, no existe una sola razón por la que una persona no tome su medicamento según las indicaciones, sino más bien una combinación de razones. Una persona puede enfrentar diferentes dificultades en diferentes momentos mientras trata su afección. Cualquiera sea la razón, el resultado es siempre el mismo: los pacientes pierden beneficios vitales, una mejor calidad de vida y protección contra futuras enfermedades o complicaciones de salud graves.

Todos los medicamentos tienen riesgos y beneficios. Cuando un paciente trabaja con su profesional médico para decidir tomar medicamentos para controlar una afección a largo plazo, acepta ciertos riesgos a cambio de posibles beneficios para la salud. Los consumidores pueden ayudar a gestionar esos riesgos mediante el uso seguro de los medicamentos, incluido el almacenamiento y la eliminación segura de los mismos.

Importancia del cumplimiento del tratamiento farmacológico específicamente en BrightView Health

Algunos de los medicamentos recetados en BrightView Health son sustancias controladas que requieren un mayor cumplimiento por parte de los pacientes. Esto es muy importante debido a las posibles consecuencias legales y de salud asociadas.

- Todos los pacientes deben tomar los medicamentos EXACTAMENTE según lo receten/ indiquen.
 - No intente subir o bajar la dosis del medicamento sin consultar a su médico.
- Mantenga los medicamentos en un lugar seguro y protegido.
 - El robo de los medicamentos no ocasionará una reposición anticipada.
- Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos, programe una consulta con personal de enfermería o con el médico.



- Debido a los medicamentos que está tomando y a su historial de abuso de sustancias, es vital que coordine con BrightView Health otras consultas médicas o procedimientos quirúrgicos/dentales que tenga. Planifique con anticipación.
- Es importante que le informe a su médico de atención primaria o a cualquier otro médico haga recetas médicas que usted está recibiendo servicios de tratamiento en BrightView Health.
- NUNCA VENDA SUS MEDICAMENTOS NI INTENTE COMPRAR MEDICAMENTOS A OTRAS PERSONAS. ESTO PROBABLEMENTE PROVOCARÁ LA BAJA INMEDIATA DEL PROGRAMA Y PUEDE TENER CONSECUENCIAS LEGALES PARA USTED COMO PACIENTE.
- EL INCUMPLIMIENTO DE LA PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS TAMBIÉN PUEDE PROVOCAR RESTRICCIONES POR PARTE DE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EL EQUIPO DE BRIGHTVIEW HEALTH NO PUEDE RESOLVER. PUEDE PERDER LA COBERTURA DE SUS MEDICAMENTOS QUE PAGA EL SEGURO.
- **LLEVE TODOS LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR LOS PROVEEDORES DE BRIGHTVIEW HEALTH A CADA CONSULTA MÉDICA.**

Nombre del cliente en letra de molde: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____



Estimado/a paciente:

Le damos la bienvenida a BrightView Health. Agradecemos la oportunidad de prestarle servicios. Nuestra oficina se dedica a la excelencia en la atención al paciente. Para mantener nuestros altos estándares, creemos que es importante que le comuniquemos nuestras políticas. Tómese un momento para leerlas y familiarizarse con estas. Si tiene alguna pregunta, el personal de la oficina con gusto ayudará a responderla. Al presentar estas políticas con anticipación, podemos evitar sorpresas o malentendidos. Agradecemos su tiempo y su comprensión.

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

- **Responsabilidad de pago:** Analicé la responsabilidad del pago del tratamiento y asumo la responsabilidad financiera por mí o mis familiares. Entiendo que el pago o copago vence en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho acuerdos especiales. Es mi responsabilidad confirmar que la cobertura sea proporcionada por mi compañía de seguros u otro proveedor.
- **Cargos por servicios adicionales:** Entiendo que se agregarán cargos a mi cuenta por otros servicios profesionales que se presten. Estos cargos serán en incrementos de 15 minutos, o por encuentro, y BrightView Health siempre analizará conmigo los cargos adicionales. Otros servicios profesionales incluyen contacto extendido por correo electrónico, consulta con otros profesionales (con mi permiso), preparación de registros o resúmenes de tratamiento, y el tiempo dedicado a realizar cualquier otro servicio que yo pueda solicitar.
- **Consultas y cancelaciones:** Entiendo que debo proporcionar un aviso con al menos 24 horas de anticipación si no puedo asistir a la consulta programada ya que ese horario se ha reservado exclusivamente para mí o mis familiares. Las faltas continuas pueden provocar la finalización de la terapia. Puede haber un momento en que mi terapeuta o médico deba cancelar mi consulta por una emergencia; en ese caso, BrightView Health hará todo lo posible para reprogramar mi consulta o la de mi familiar en un marco de tiempo apropiado. Esto será sin cargo para mí.

Entiendo por completo y estoy de acuerdo con estas políticas y condiciones. Esto complementa los acuerdos anteriores que pueda haber firmado. Una copia de este acuerdo está disponible a pedido.

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Firma del paciente/padre/madre/tutor: _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____



CONTRATO DEL TRATAMIENTO

Yo, _____, entiendo que el objetivo del tratamiento con medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) es suprimir los síntomas de abstinencia y los deseos de consumir droga. Esta asistencia debería permitirme recuperar un estado mental normal para poder concentrar mis esfuerzos en hacer cambios en mis pensamientos, comportamientos y entorno para respaldar mejor mi recuperación. Entiendo que el plan de BrightView puede incluir la reducción gradual de los medicamentos durante la fase final del tratamiento.

LO QUE DEBO HACER PARA PERMANECER EN LA TERAPIA DE RECUPERACIÓN DE BRIGHTVIEW HEALTH:

1. Acepto trabajar con el equipo de mi tratamiento para crear un plan de tratamiento individualizado y respetar las recomendaciones de los proveedores médicos y clínicos.
2. Acepto mantener y llegar puntual a todas mis consultas. Si pierdo mi consulta programada, debo llamar en un plazo de 24 horas para reprogramarla.
3. Acepto manejarme de manera cortés en las instalaciones de BrightView Health y no participar en actividades ilegales ni alborotadoras en las instalaciones de BrightView Health.
4. Acepto respetar y proteger la confidencialidad de otras personas sobre la presencia y las revelaciones de todos los pacientes.
5. Acepto completar la totalidad del programa que me recomendaron mis proveedores de tratamiento.
6. Estoy de acuerdo en aceptar una derivación a un nivel más alto de atención (p. ej., residencial o paciente hospitalizado) si me la recomiendan.
7. Acepto abstenerme de tomar cualquier medicamento sin receta, alcohol, opioides, cocaína y otras sustancias adictivas (excepto la nicotina).
8. Acepto mantener un entorno seguro y de sobriedad para vivir en todo momento.
9. Entiendo que si participo en un comportamiento muy peligroso, como abusar de la benzodiazepina, un sedante o un medicamento para dormir, o si consumo una gran cantidad de alcohol mientras tomo el medicamento del MAT, es posible que se me remita de inmediato a un nivel superior de atención (hospital o centro residencial) y no se me prescribirá ningún otro medicamento.
10. Acepto brindar muestras de orina para pruebas de detección de drogas en el ingreso, todos los días que tenga consultas, y según me lo soliciten de ahí en adelante, y también acepto que evalúen mi nivel de alcohol en sangre.
11. Acepto tomar mis medicamentos exactamente como me los recetaron. Entiendo que ajustar mi propia dosificación puede provocar que me den de alta del programa.
12. Acepto mantener mis medicamentos en un lugar con llave, seguro y protegido en mi hogar y fuera del alcance de niños y otras personas en todo momento.
13. Acepto revelar los nombres de todos los médicos y dentistas que me hayan



recetado una sustancia controlada (un opiode, benzodiazepina o anfetamina/estimulante) en el pasado y firmar un formulario de revelación de información para que un médico de BrightView Health pueda coordinar mi atención con esos médicos.

14. Acepto informar a todos los médicos, dentistas y hospitales que me brinden tratamiento mientras esté en el programa de MAT de BrightView Health de que tomo medicamentos recetados por un trastorno de abuso de opioides u otras sustancias y acepto firmar un formulario de revelación de información para que un médico de BrightView Health pueda coordinar mi atención con esos médicos.

CAUSAS DE LA BAJA:

1. Entiendo que me pueden dar de baja si participo en cualquiera de los siguientes comportamientos inaceptables:
2. Si uso un vocabulario grosero, profano y amenazante para dirigirme a cualquier miembro del personal de BrightView Health en cualquier momento.
3. Si brindo información falsa o engañosa sobre la identidad, antecedentes delictivos o sobre cualquier requisito de informe para la libertad bajo palabra, la libertad condicional o los Servicios de Protección Infantil (Children's Protective Services, CPS).
4. Si brindo información falsa o engañosa sobre antecedentes médicos, tratamientos previos para el abuso de sustancias, incluidas las recetas de buprenorfina y metadona, o cualquier información falsa sobre el uso o la receta de benzodiazepinas (Xanax, Valium, Librium, Serax, Klonopin, etc.).
5. Si intento dar, comprar o vender medicamentos a cualquier otra persona.
6. Si intento modificar o falsificar una receta, o una muestra de orina para una prueba de detección de drogas.
7. Si me rehúso a brindar una muestra para una prueba de detección de drogas o presentarme para el recuento de medicamentos cuando se solicite.
8. Si en mi orina no se detecta la presencia esperada del medicamento del MAT o de otro medicamento que BrightView Health haya recetado.
9. Si no le informo a un médico o dentista que estoy tomando medicamentos del MAT u otros medicamentos e intento obtener o conseguir una sustancia controlada de ese médico o dentista.
10. Si no informo de inmediato al personal de BrightView Health que otro médico, dentista, hospital, atención de urgencia o departamento de emergencias me recetó una sustancia controlada.
11. Si falto a una consulta programada de desintoxicación/inducción.
12. Si no asisto a una revisión de caso programada.
13. Si no coordino el pago de manera satisfactoria por un saldo pendiente de \$500 (quinientos dólares) o más con más de 30 días de atraso.
14. Si debo abandonar el programa por un problema médico u otro problema de salud mental (suspensión que determinará el director médico)



ALTA DEL PROGRAMA

Entiendo que una vez que me den de baja del programa, puede haber un período antes de que pueda volver a participar en los servicios. Incluso después de este período designado, no se garantiza la reincorporación al programa de tratamiento. La reincorporación queda a criterio exclusivo del director médico o del equipo de tratamiento clínico del paciente. Si el equipo o el director médico lo considera, cuando me den de alta, me entregará una receta o medicamentos finales. Esto no se garantiza.

Entiendo que BrightView Health puede darme de alta antes de completar el tratamiento:

1. Si incumplo cualquiera de los puntos anteriores o participo en cualquiera de los comportamientos inaceptables descritos en la sección anterior.
2. Si constantemente no cumplo con los requisitos de asistencia, las recomendaciones de tratamiento o mis obligaciones financieras con BrightView Health tal como acordé hacerlo en el contrato del tratamiento.
3. Si me derivaron a un nivel superior de atención (residencial u hospital) pero me niego a ir.
4. Si debo abandonar el programa por un problema médico u otro problema de salud mental.
5. Si solicito un alta voluntaria.

Entiendo que el alta del tratamiento en BrightView Health es una decisión que toma todo el equipo de tratamiento y no solo un miembro. Esto se debe a que es necesario garantizar que mi equipo de tratamiento utilice múltiples estrategias para interactuar conmigo antes de que se me dé de alta.

ACUSE DE RECIBO:

El personal de BrightView Health revisó conmigo cada uno de los puntos contenidos en este contrato de tratamiento. Creo que estos términos y requisitos son razonables. Entiendo que están destinados a ayudarme en mi recuperación, y estoy de acuerdo con todos ellos y me comprometo a cumplir con todas las directrices.

Nombre del paciente (escriba con letra de molde): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS Y SERVICIOS DE FLEBOTOMÍA

Es política de BrightView Health realizar pruebas de detección de alcohol y drogas a todos los pacientes mediante análisis de orina. Se examinará a los pacientes en el momento del ingreso y de forma periódica y aleatoria durante el tratamiento. Una prueba positiva de alcohol o drogas no es causa de baja inmediata del programa. Sin embargo, una prueba positiva de alcohol o drogas podría ocasionar un cambio en el plan de tratamiento del paciente. En algunos casos, pueden enviarse muestras de orina a laboratorios externos para su análisis. Si se envía una muestra a un laboratorio externo y se obtiene un resultado positivo, el personal de BrightView Health revisará el resultado positivo con el paciente. Las pruebas de detección de alcohol o drogas pueden no estar cubiertas por un proveedor de seguros. Si este es el caso, el paciente será responsable del pago de la prueba de detección de alcohol o drogas.

La negativa a dar su consentimiento para una prueba de detección de alcohol o drogas se registrará como un resultado "positivo" en el registro del paciente. Varias pruebas positivas de alcohol o drogas pueden dar lugar a un cambio en el plan de tratamiento o la baja del programa.

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ALCOHOL Y DROGAS

Con mi firma a continuación, autorizo a BrightView Health y a todos los empleados aprobados de BrightView Health para que me tomen una muestra de orina o saliva para detectar consumo de alcohol y drogas. La finalidad de obtener la muestra es monitorear el posible consumo de sustancias ilegales. También entiendo que para mantener la integridad de la muestra de orina, un miembro del personal de BrightView Health puede observarme mientras se obtiene. Sin embargo, tendré una privacidad razonable y no se me exigirá ni se me permitirá exponer mis genitales en ningún momento.

SERVICIOS DE FLEBOTOMÍA

Podemos realizar extracciones de sangre para lo siguiente durante la inducción y de forma rutinaria a partir de entonces:

- Panel metabólico integral
- Hemograma completo con recuento diferencial y plaquetas
- Perfil tiroideo
- Función hepática
- Antígeno/anticuerpo V2 del VIH, 4. generación con reflejo
- Hepatitis C Ab con reflejo al ARN del VHC, qn, PCR

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Las pruebas las realiza un proveedor externo. Si bien la mayoría de estas pruebas están cubiertas por el seguro, los pacientes que pagan por cuenta propia pueden recibir una factura de un proveedor externo.



CONSENTIMIENTO PARA EL REGISTRO CENTRAL DE MASSACHUSETTS

Parte 2 del título 42 del C.F.R. y la Ley HIPAA

Me informaron y comprendo que mis registros de trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las normas federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, parte 2 del título 42 del C.F.R. y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), partes 160 y 164 del título 45 del C.F.R., y que no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.

Por lo tanto, yo, _____ autorizo

[Nombre del paciente]

Column Health, LLC, que opera como BrightView Health, a divulgar el siguiente

[Name of OTP]

al Registro Central de Massachusetts operado por LightHouse Software Systems y ubicado en 17352 Derian Avenue, Irvine, CA, en nombre del Departamento de Salud Pública de Massachusetts/la Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias (Bureau of Substance Addiction Services, BSAS). El Registro Central de Massachusetts contendrá los medicamentos actualmente indicados que se utilizan para mi tratamiento con medicamentos para el trastorno por consumo de opioides. Los fines de esta divulgación son evitar una interrupción en mi tratamiento o atención y evitar múltiples inscripciones y la toma de varios medicamentos en simultáneo en el tratamiento del trastorno por consumo de opioides, así como cumplir con los requisitos de informes estatales y federales.

Esta información aparecerá en el sistema de Registro Central de Massachusetts mientras siga siendo paciente de esta clínica y estará disponible para el personal donde pueda presentarme para ingreso o dosificación de cortesía, así como para la BSAS según lo exija la ley. Mi nombre se cifrará en la base de datos del sistema de Registro Central de Massachusetts con tecnología que cumplirá con los requisitos de cumplimiento de la Ley HIPAA y la información se compartirá a través de una transmisión electrónica segura. La información estará disponible para los proveedores durante 60 días posteriores al alta para fines de verificación de la inscripción. Se conservará una copia del registro en el sistema de Registro Central de Massachusetts.

Entiendo que esta información será revisada por el personal de cualquier programa de tratamiento de opioides certificado de Massachusetts cuando me presente y solicite la inscripción, incluidos los programas de tratamiento de opioides que se abran en el futuro, así como cualquier otro programa de tratamiento de opioides en los estados que participan en el sistema de Registro Central operado por Light House. Todos los estados están sujetos a las leyes federales de privacidad, incluidas, entre otras, la Ley HIPAA y la parte 2 del título 42 del C.F.R.

Información sobre el paciente: nombre, apellido, inicial del segundo nombre, últimos cuatro dígitos del SSN, género, fecha de nacimiento, identificación del paciente, imagen fotográfica, información de contacto del paciente.



Datos demográficos: raza, origen étnico, educación, empleo

Situación de vivienda: ciudad/condado/estado/código postal, código postal (si no tiene hogar), distancia recorrida hasta el tratamiento

Derivación: asesor

Historial de tratamiento y consumo de sustancias: sustancia de consumo primaria, vía primaria de administración, sustancia de consumo secundaria, vía secundaria de administración

Tratamiento actual: medicamento para el trastorno por consumo de opioides tipo de medicamento para SUD, medicamento para el trastorno por consumo de opiáceos, formulario de medicamento para SUD, método, vía de administración, dosis del medicamento para SUD, medicamento para el trastorno por consumo de opioides, medicamento para SUD emitido hasta la fecha, nivel para llevar a casa, días de asistencia, tipo de tratamiento

Situación de embarazo

Información del alta: fecha del alta, motivo del alta, dosificación hasta (fecha), medicamento, dosis, nivel para llevar a casa en el momento del alta, educación, situación laboral, vivienda en el momento del alta

Declaración/Acuerdo del paciente

Escriba sus **iniciales:**

_____ Entiendo que mis registros están protegidos por las reglamentaciones federales de confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento expreso por escrito, a menos que la ley disponga lo contrario. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto si ya se han tomado medidas de acuerdo con este y, en cualquier caso, vence automáticamente según se establece a continuación.

_____ Entiendo que cuando una clínica que participe en el Registro Central solicite información a esta entidad y se descubra que estoy inscrito en otra clínica, el Registro Central divulgará el nombre, la dirección, el número de teléfono y el historial de dosificación más reciente de la clínica en la que ya estoy inscrito a la clínica solicitante.

_____ Entiendo que puedo ver y solicitar una copia de la información descrita anteriormente o en este formulario.

_____ Entiendo que una copia de este formulario formará parte de mi expediente médico.

_____ Acepto que mi número de teléfono móvil sea utilizado por el Registro Central para enviarme mensajes de texto con información sobre los cierres de emergencia de la clínica debido a catástrofes naturales y provocadas por el hombre, actualizaciones de información sobre cierres/catástrofes, recordatorios de programas y notificaciones de la Oficina del Departamento de Salud Pública de Servicios de Adicción a Sustancias (BSAS).



___ Acepto que mi dirección de correo electrónico sea utilizada por el Registro Central para enviarme información por este medio sobre los cierres de emergencia de la clínica debido a catástrofes naturales y provocadas por el hombre, actualizaciones de información sobre cierres/catástrofes, recordatorios de programas y notificaciones del Departamento de Salud Pública/de la Oficina de Servicios de Adicción a Sustancias.

___ No estoy recibiendo medicamentos para el tratamiento del trastorno por uso de opioides de otro Programa de tratamiento de opioides, su unidad de medicamentos/ programa móvil de tratamiento de opioides o un proveedor de tratamiento de opioides en el consultorio.

___ Me dieron una copia de este formulario.

___ Rechacé una copia de este formulario (incluso una copia electrónica).

Este formulario no es válido después de los 60 días posteriores al alta.

Firma del paciente

Fecha



Autorización de notificación de cierre de emergencia del Registro Central de Massachusetts

Por la presente yo, _____, autorizo a Lighthouse Software Systems* en nombre del Registro Central de Massachusetts a notificarme en caso de que mi centro de tratamiento cierre debido a una catástrofe u otro acontecimiento que pudiera limitar el acceso a los servicios de Medicamentos para el Trastorno por Uso de Opioides (Medication for Opioid Use Disorder, MOUD). La notificación llegará por correo electrónico o mensaje de texto en el celular, según la información que le haya proporcionado a mi centro de tratamiento. El mensaje dirá lo siguiente:

Tema: Notificación de cierre de emergencia del 911

Mensaje: Nombre del centro de tratamiento, fecha de cierre, hora de cierre y fecha prevista de reapertura (si es posible).

Entiendo que el mensaje no incluirá ninguna información que me identifique como paciente del centro de tratamiento ni incluirá información sobre medicamentos. Entiendo que puedo negarme a que el Registro Central me notifique sin tener un impacto negativo en mi tratamiento. Además entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento que yo elija sin tener ninguna consecuencia en mi tratamiento.

Mi número de teléfono celular actual: _____

Mi correo electrónico actual: _____

Firmado: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

El paciente se niega a usar la imagen fotográfica:

El paciente acepta participar en el Registro Central pero no acepta proporcionar una imagen fotográfica.

Declaración de denegación del paciente

El paciente se niega a participar en el sistema de Registro Central de Massachusetts.

Entiendo que como paciente de BrightView Health, no recibiré ningún servicio de emergencia/ante catástrofes del sistema de Registro Central de Massachusetts.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

*Lighthouse Software Systems, LLC está en 17352 Derian Ave., Irvine, CA 92614



CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR

Es política de BrightView Health fotografiar a cada paciente con fines de identificación durante el tratamiento. Esta fotografía se convierte en un componente confidencial del registro permanente. Yo, el abajo firmante, autorizo a los miembros del personal de BrightView Health a fotografiarme mientras esté bajo su cuidado.

Nombre del paciente (escriba con letra de molde): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CORREOS ELECTRÓNICOS, MENSAJES DE TEXTO Y LLAMADAS

Como paciente de BrightView Health, es importante que podamos comunicarnos con usted mediante su teléfono celular o correo electrónico para recordarle sus consultas, para obtener sus comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica, para obtener comentarios con fines de marketing y para compartirle anuncios o mensajes de telemarketing. Es posible que usemos un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o grabada previamente para enviarle estos mensajes.

Al ingresar su número de teléfono celular o correo electrónico a continuación, autoriza a Column Health, LLC, que opera como BrightView Health, sus empleados y sus agentes, a enviar correos electrónicos o mensajes de texto y realizar llamadas telefónicas a ese número. Usted acepta que podemos usar su número de teléfono inalámbrico o dirección de correo electrónico para enviarle información, que puede ser sobre atención médica, anuncios y mensajes de telemarketing, entre otros tipos. También comprende que podemos usar un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o grabada previamente para enviar estos mensajes a su número de teléfono celular.

Column Health, LLC, que opera como BrightView Health, no cobra por estos servicios, pero es posible que se apliquen tarifas regulares de mensajería de texto o llamadas entrantes. Comuníquese con su operador para conocer los planes de precios y los detalles.

No es necesario que brinde este consentimiento para recibir servicios de BrightView Health.

Puede revocar este consentimiento en cualquier momento notificándonos que ya no desea recibir estas comunicaciones a través de su teléfono celular o respondiendo "STOP" (Cancelar) a cualquier mensaje de texto o correo electrónico que reciba de nosotros.

Usted acepta recibir estas comunicaciones en el siguiente número de teléfono celular:

Usted acepta recibir estas comunicaciones en el siguiente correo electrónico:

Nombre del paciente (escriba con letra de molde): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Consentimiento para la divulgación de información conforme a la parte 2 del título 42 del C.F.R. Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias

Yo, _____, autorizo a _____
(Nombre del paciente) (Nombre del proveedor)

Información que se divulgará. Entiendo que la información que se divulgará o revelará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y consumo de sustancias. Autorizo la divulgación o revelación de los siguientes registros de trastorno por consumo de sustancias:

todos mis registros de trastornos por consumo de sustancias, o

solo los siguientes tipos específicos de registros:

- Resultados de toxicología
- Medicamentos/dosaje
- Resultados de laboratorio
- Resumen del alta
- Avances en el seguro del tratamiento
- Consultas
- Información demográfica
- Resumen del historial de traumas
- Historial del consumo de sustancias
- Información del diagnóstico
- Plan de evaluaciones y tratamiento

Para: _____
(Nombre de la persona u organización a la que se hará la divulgación)

Teléfono: _____ Por fax al: _____

Para (propósito de divulgación): administración

- Continuidad de la atención
- Contacto en caso de emergencia
- Coordinación del tratamiento
- Pagos/beneficios

Otros: _____

Entiendo que mis registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las reglamentaciones federales de la parte 2 del título 42 del C.F.R. Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito. También entiendo que, en la medida en que mis registros de paciente contengan los de mis otros proveedores, esos registros no se pueden volver a divulgar sin mi consentimiento expreso por escrito, que otorgo firmando este formulario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que el pago del seguro, la inscripción o la elegibilidad pueden verse afectados si no firmo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que la revocación no será efectiva de manera retroactiva para divulgaciones de información que ya hayan ocurrido. Si no se revocara previamente, **este consentimiento finalizará:**

- en un año a partir de la fecha de la firma O 90 días después del alta (lo que ocurra primero); O en una
- fecha específica o por un acontecimiento o afección específicos como se indica aquí: _____
(Fecha específica, acontecimiento o afección)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Núm. de expediente médico _____

Si la persona no puede firmar debido a una incapacidad legal, se requiere la firma de su representante personal. Se debe adjuntar documentación de la autoridad legal del representante personal.

Firma del representante personal: _____ En letra de molde: _____
Autoridad legal: _____ Fecha: _____

Con mi firma abajo, estoy revocando este consentimiento para la divulgación de información médica confidencial.
Revocación del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

En la parte 2 del título 42 del C.F.R. se prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.



Consentimiento para la divulgación de información conforme a la parte 2 del título 42 del C.F.R. Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias

Yo, _____, autorizo a Column Health LLC, que opera como BrightView
(Nombre del paciente) (Nombre del proveedor)

Información que se divulgará. Entiendo que la información que se divulgará o revelará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y consumo de sustancias. Autorizo la divulgación o revelación de los siguientes registros de trastorno por consumo de sustancias:

todos mis registros de trastornos por consumo de sustancias, o

solo los siguientes tipos específicos de registros:

- Resultados de toxicología
- Medicamentos/dosaje
- Resultados de laboratorio
- Resumen del alta
- Avances en el seguro del tratamiento
- Consultas
- Información demográfica
- Resumen del historial de traumas
- Historial del consumo de sustancias
- Información del diagnóstico
- Plan de evaluaciones y tratamiento

Para: Beacon Health Strategies
(Nombre de la persona u organización a la que se hará la divulgación)

Teléfono: 1-877-868-0312 Por fax al: _____

- Para (propósito de divulgación): administración
- Continuidad de la atención
 - Contacto en caso de emergencia
 - Coordinación del tratamiento
 - Pagos/beneficios

Otros: _____

Entiendo que mis registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las reglamentaciones federales de la parte 2 del título 42 del C.F.R. Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito. También entiendo que, en la medida en que mis registros de paciente contengan los de mis otros proveedores, esos registros no se pueden volver a divulgar sin mi consentimiento expreso por escrito, que otorgo firmando este formulario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que el pago del seguro, la inscripción o la elegibilidad pueden verse afectados si no firmo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que la revocación no será efectiva de manera retroactiva para divulgaciones de información que ya hayan ocurrido. Si no se revocara previamente, **este consentimiento finalizará:**

- en un año a partir de la fecha de la firma O 90 días después del alta (lo que ocurra primero); O en una
- fecha específica o por un acontecimiento o afección específicos como se indica aquí: _____

(Fecha específica, acontecimiento o afección)

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Núm. de expediente médico

Si la persona no puede firmar debido a una incapacidad legal, se requiere la firma de su representante personal. Se debe adjuntar documentación de la autoridad legal del representante personal.

Firma del representante personal: _____ En letra de molde: _____

Autoridad legal: _____ Fecha: _____

Con mi firma abajo, estoy revocando este consentimiento para la divulgación de información médica confidencial.

Revocación del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

En la parte 2 del título 42 del C.F.R. se prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.



Consentimiento para la divulgación de información conforme a la parte 2 del título 42 del C.F.R. Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias

Yo, _____, autorizo a Beacon Health Strategies
(Nombre del paciente) (Nombre del proveedor)

Información que se divulgará. Entiendo que la información que se divulgará o revelará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH), salud mental y consumo de sustancias. Autorizo la divulgación o revelación de los siguientes registros de trastorno por consumo de sustancias:

todos mis registros de trastornos por consumo de sustancias, o

solo los siguientes tipos específicos de registros:

- Resultados de toxicología
- Medicamentos/dosaje
- Resultados de laboratorio
- Resumen del alta sustancias
- Avances en el seguro del tratamiento
- Plan de evaluaciones y tratamiento
- Consultas
- Información demográfica
- Resumen del historial de traumas
- Historial del consumo de sustancias
- Información del diagnóstico
- Todos los reclamos y antecedentes relacionados

Para: Column Health LLC, que opera como BrightView Health
(Nombre de la persona u organización a la que se hará la divulgación)

Teléfono: 617-539-6780 Por fax al: 339-368-7649

Para (propósito de divulgación): administración Continuidad de la atención
 Contacto en caso de emergencia
 Coordinación del tratamiento
 Pagos/beneficios

Otros: _____

Entiendo que mis registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias están protegidos por las reglamentaciones federales de la parte 2 del título 42 del C.F.R Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito. También entiendo que, en la medida en que mis registros de paciente contengan los de mis otros proveedores, esos registros no se pueden volver a divulgar sin mi consentimiento expreso por escrito, que otorgo firmando este formulario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que el pago del seguro, la inscripción o la elegibilidad pueden verse afectados si no firmo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que la revocación no será efectiva de manera retroactiva para divulgaciones de información que ya hayan ocurrido. Si no se revocara previamente, **este consentimiento finalizará:**

- en un año a partir de la fecha de la firma O 90 días después del alta (lo que ocurra primero); O en una
- fecha específica o por un acontecimiento o afección específicos como se indica aquí: _____

(Fecha específica, acontecimiento o afección)

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Núm. de expediente médico

Si la persona no puede firmar debido a una incapacidad legal, se requiere la firma de su representante personal. Se debe adjuntar documentación de la autoridad legal del representante personal.

Firma del representante personal: _____ En letra de molde: _____

Autoridad legal: _____ Fecha: _____

Con mi firma abajo, estoy revocando este consentimiento para la divulgación de información médica confidencial.

Revocación del paciente: _____ Fecha: _____

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

En la parte 2 del título 42 del C.F.R. se prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BRIGHTVIEW HEALTH - SERVICIOS DE TELEMEDICINA

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar su atención.

Los proveedores pueden incluir médicos, especialistas o subespecialistas. La información puede usarse para diagnóstico, tratamiento, seguimiento o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes tipos:

- Historial médico de pacientes
- Audio y video bidireccional en vivo
- Datos resultantes de dispositivos médicos y archivos de sonido y video

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y los datos médicos e incluirán medidas para salvaguardar los datos a fin de garantizar su integridad contra corrupción intencional o no intencional.

Beneficios previstos:

- Mejor acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en un entorno clínico (o en un sitio remoto) mientras el médico obtiene los resultados de las pruebas y hace consultas a profesionales médicos en otros centros distantes.
- Evaluación y gestión médica más eficiente.
- Obtención de la experiencia de un especialista que no está cerca.

Riesgos posibles:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados al uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

Consideraciones clínicas:

- En casos aislados, la información transmitida puede no ser suficiente (p. ej., mala resolución de las imágenes) para permitir que el médico y el asesor tomen decisiones médicas apropiadas.
- Podrían ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a errores o fallas del equipo.
- En casos aislados, la falta de acceso a expedientes médicos completos puede dar lugar a interacciones adversas entre medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Consideraciones sobre la seguridad:

- En casos muy aislados, los protocolos de seguridad pueden fallar, provocando una brecha en la privacidad de la información médica personal.

Consideraciones sobre la confidencialidad:

- Si hay personas cercanas a usted, es posible que escuchen algo que usted no quería que supieran. Debe estar en un lugar privado, para que otras personas no puedan escucharle.
- Su proveedor le informará si alguien más en su consultorio puede escucharlo o verlo.



Con mi firma este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida mediante el uso de esta que me identifique será divulgada sin mi consentimiento a investigadores u otras entidades.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telemedicina en mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuros.
3. Entiendo que puedo tener disponibles una variedad de métodos alternativos de atención médica y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi médico me ha explicado las alternativas a mi entera satisfacción.
4. Entiendo que la telemedicina puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas.
5. Entiendo que es mi deber informar a mi médico sobre las interacciones electrónicas con respecto a mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
6. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.

Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina

Leí y entiendo la información provista anteriormente con respecto a la telemedicina, la analicé con mi médico u otros proveedores de tratamiento designados, y me respondieron todas mis preguntas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi atención médica.

Nombre del paciente (escriba con letra de molde): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____