

**Consentimientos para**  
**pacientes de Denova**  
(deben firmarse todos los años)

**CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y/O TRATAMIENTO**

Acepto  No acepto

Le damos la bienvenida a Denova Collaborative Health, LLC (Denova). Queremos ayudar a que se sienta mejor. Podemos ofrecerle distintos servicios, como acudir a un proveedor de atención primaria, hablar con un terapeuta u obtener ayuda de un psiquiatra.

Usted decide buscar ayuda para un problema de salud física, mental o conductual por su cuenta. Al hacerlo, acepta que los profesionales de atención médica le realicen exámenes, le den tratamientos o le realicen las pruebas que consideren más adecuadas para usted. Estos proveedores pueden ser médicos, psiquiatras, enfermeros, asistentes médicos, psicólogos, consejeros, trabajadores sociales y terapeutas familiares. Es importante saber que, durante el tratamiento, pueden ocurrir cosas buenas y malas. La atención médica no es una ciencia exacta, y usted reconoce que no se le ofrecieron garantías en cuanto al resultado de dichos exámenes, tratamientos y/o procedimientos de diagnóstico.

Usted entiende que, si el paciente es menor de 18 años, usted otorga el consentimiento al tratamiento en nombre del menor. Si comparte la custodia de una persona menor que recibe tratamiento, con la firma de este formulario, usted declara que todas las personas que tienen la custodia conocen y aceptan el tratamiento. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, recibió respuestas para todas y se siente conforme con las respuestas. Puede cambiar de opinión y revocar su consentimiento al tratamiento en cualquier momento.

Al firmar este formulario, acepta que está aquí por voluntad propia y que comprende el tipo de ayuda que podemos ofrecerle.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Acepto  No acepto

En Denova, sabemos que es importante mantener su información segura. No compartiremos su información con nadie sin preguntarle antes. Utilizaremos su información para brindarle ayuda para mejorar. Utilizaremos su información para cobrar por los servicios que prestamos. Además, usaremos sus datos para cumplir las normas que nos ayudan a gestionar nuestro consultorio médico.

Puede encontrar nuestro Aviso de prácticas de privacidad más actualizado en nuestro sitio web: <https://www.denova.com/wp-content/uploads/2023/10/Notice-of-Privacy-Practices-NPP-Denova-ENGLISH-07.2023.pdf> (en inglés). También puede solicitar una copia impresa para revisarla.

Al firmar este documento, acepta haber leído y comprendido las prácticas de privacidad de Denova.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD**

Acepto  No acepto

La telesalud es una forma de atenderse con un proveedor sin tener que ir a su consultorio. Puede utilizar su computadora o teléfono para tener una videoconferencia con ellos.

Para usar el servicio de telesalud en Arizona, debe estar en Arizona en el momento de la cita. También, debe estar en un lugar silencioso donde pueda hablar y escuchar sin interrupciones.

Los proveedores de atención médica de salud física y mental pueden ofrecer servicios de telesalud. Denova hará lo necesario para mantener la privacidad de su información de atención médica.

El uso de la telesalud conlleva algunos riesgos. Por ejemplo, puede que el equipo no funcione bien o que la persona

que le brinda ayuda tenga problemas para verle u oírle. Además, existe la posibilidad de que su información médica privada no esté segura. En algunos casos, es posible que la persona que le brinda ayuda no tenga acceso a toda su historia clínica. Para evitar estos riesgos, puede decidir recibir nuestros servicios en persona en lugar de utilizar los servicios de telesalud.

Al firmar este documento, acepta haber leído y comprendido los posibles riesgos de utilizar los servicios de telesalud.

### DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN PROFESIONAL

Acepto  No acepto

Algunos de nuestros proveedores siguen formándose y trabajando para obtener sus licencias. Atienden a nuestros pacientes bajo la supervisión de un proveedor plenamente autorizado de conformidad con las leyes correspondientes. Esto se aplica a los siguientes:

- Pasantes de nivel de maestría
- Consejeros asociados licenciados (LAC)
- Trabajadores sociales de nivel de maestría (LMSW)
- Terapeutas matrimoniales y familiares asociados (LAMFT)

Nuestros proveedores que se están formando pueden compartir información sobre su tratamiento con sus supervisores.

Al firmar a continuación, usted acepta el tratamiento por parte de los proveedores que se están formando y la divulgación de información sobre su tratamiento a sus proveedores supervisores.

### CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIAL DE MEDICAMENTOS DEL PACIENTE

Acepto  No acepto

Un historial de medicamentos es una lista de todos los medicamentos que toma. Ayuda a su médico a garantizar que usted recibe el tratamiento adecuado y que no está tomando combinaciones de medicamentos que podrían ser peligrosas.

Es importante que informe a su médico de todos los medicamentos que toma. Incluso los que se pueden comprar sin receta, como las vitaminas o los suplementos herbales. Es posible que no figuren en su historial de medicamentos.

Al firmar este formulario, usted acepta que su proveedor de atención médica vea su historial de medicamentos y que pueda obtenerlo de otros proveedores de atención médica, de su compañía de seguros y de las farmacias.

### CONSENTIMIENTO PARA COORDINAR LA ATENCIÓN CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Acepto  No acepto

Al darle información a su proveedor de atención primaria (PCP), usted autoriza la divulgación de su información médica a su proveedor para coordinar la atención.

### POLÍTICA FINANCIERA

Denova comprueba cuáles son sus beneficios con su compañía de seguros. Sin embargo, la cotización que le dan no implica que su compañía de seguros la vaya a pagar. Usted tiene que pagar por los servicios que reciba, a menos que acuerde algo distinto con ellos de antemano. También tiene que pagar su deducible, copago y/o coseguro al inicio de cada consulta. Si debe más dinero después de la consulta, recibirá una factura. Si tiene un crédito, se le reembolsará. Aunque un profesional médico le remita a Denova, es posible que su compañía de seguros no cubra sus servicios. Usted es responsable de pagar todos los gastos.

Puede pagar con cheques, giro postal, tarjetas de débito o tarjetas de crédito. Los datos de las tarjetas de débito y crédito pueden guardarse para volver a usarse en su cuenta en el futuro. No efectuaremos ningún cargo en su tarjeta

registrada sin su consentimiento. No puede pagar en efectivo ni con cheques personales. Antes de someterse al tratamiento, Denova le recomienda que consulte a su compañía de seguros para saber qué pagará. Puede rechazar cualquier procedimiento o tratamiento si lo desea.

A partir del 1 de enero de 2022, una ley llamada “No Surprises Act” (NSA) protege a las personas que no tienen seguro médico o no son las que pagan sus facturas médicas. Si decide no utilizar su seguro médico o no tiene previsto pagar con él su tratamiento de Denova, podemos darle una estimación del importe que podríamos cobrarle antes de que reciba el tratamiento.

Al firmar a continuación, acepta que conoce y entiende la forma en que Denova gestiona los pagos.

### **POLÍTICA DE INASISTENCIA**

**Acepto**  **No acepto**

Cuando recibe atención médica de Denova, se compromete a hacer todo lo posible por seguir su plan de tratamiento. Si no puede acudir a una cita, debe llamar a Denova al menos 24 horas antes de la cita. Cuando llame, puede decirnos que quiere cancelar su cita. Denova puede cobrarle un recargo si cancela su cita con menos de 24 horas de anticipación. Si cancela tres o más veces sin avisar a Denova con anticipación, Denova puede decidir no seguir brindándole tratamiento.

Al firmar con a continuación, usted acepta que entiende la política sobre faltar a las citas sin avisar antes a Denova.

### **CÓDIGO DE CONDUCTA DEL PACIENTE**

**Acepto**  **No acepto**

Denova le tratará con amabilidad, respeto y dignidad. Le brindará ayuda para sentirse seguro y respaldado. Es importante que siga su plan de tratamiento para obtener los mejores resultados. Si no cumple las normas, Denova puede dejar de atenderle y sugerirle otros lugares donde recibir atención médica.

Al firmar este documento, usted acepta las siguientes reglas:

- Seguirá su plan de tratamiento.
- No se hará daño a sí mismo ni a los demás.
- No utilizará palabras groseras ni se gritará a sí mismo ni a los demás.
- No amenazará con hacer daño a nadie.
- No acudirá a sus citas después de haber consumido alcohol o drogas.

### **DERECHOS DEL PACIENTE**

**Acepto**  **No acepto**

Cuando recibe atención de Denova, tiene la responsabilidad de participar en las decisiones sobre su atención. Denova quiere que participe en su tratamiento y que colabore para mejorar.

Estas son algunas de las cosas que puede hacer para participar en su propia atención médica:

- Haga preguntas sobre su enfermedad y su tratamiento.
- Hable con su profesional médico sobre los objetivos de su tratamiento.
- Asegúrese de que entiende su plan de tratamiento.
- Informe a su proveedor de atención médica sobre la atención que recibe.
- Participe activamente en su atención médica.

Puede encontrar nuestros Derechos y Responsabilidades del Paciente en nuestro sitio web:

<https://www.denova.com/wp-content/uploads/2023/10/Patient-Rights-Responsibilities-ENGLISH.pdf> (en inglés).

También puede solicitar una copia impresa para revisarla.

Al firmar este documento, acepta haber leído y comprendido sus derechos como paciente.

## PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA

Acepto  No acepto

Si tiene una emergencia durante su consulta con Denova, debe seguir estos pasos:

- Si se trata de una emergencia médica, puede llamar al 911, o su proveedor/clínico llamará al 911 por usted y se quedará con usted hasta que reciba ayuda.
- Si se trata de una emergencia de salud conductual, usted o su proveedor/clínico pueden llamar a la Línea Nacional de Crisis al 988 o a los servicios de crisis locales, y su proveedor/clínico se quedará con usted hasta que reciba ayuda.
- Si necesita ayuda fuera del horario laboral habitual, puede llamar a nuestro equipo de atención fuera del horario laborable para consultas médicas no urgentes que puedan surgir por la noche, los fines de semana o los días festivos.

Es importante no enviar ninguna información sobre una emergencia médica o de salud conductual a través de mensaje de texto u otros canales que no sean seguros.

Al poner sus iniciales y firmar, demuestra que comprende los procedimientos de emergencia de Denova tal y como se le han explicado.

## INFORMACIÓN DE SALUD PÚBLICA

Acepto  No acepto

Podemos informar al Gobierno sobre su salud para ayudar en cuestiones de salud pública, como cuando las vacunas pueden causar problemas o cuando hay enfermedades contagiosas.

Al firmar a continuación, acepta compartir sus registros con ASIIS. No es necesario firmar para recibir las vacunas.

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE CONTACTO POR TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Acepto  No acepto

Usted consiente y autoriza a Denova o a cualquiera de sus sistemas automatizados a llamarle o enviarle mensajes de texto, y a dejarle mensajes de voz, sobre cualquier servicio que obtenga de Denova. Los mensajes pueden ser sobre facturas, citas o información sobre su salud. Estos mensajes pueden no ser privados porque los mensajes de texto, los mensajes al buzón de voz y los correos electrónicos podrían interceptarse cuando se envían, enviarse accidentalmente a la persona equivocada o ser vistos por cualquiera que tenga acceso a su dispositivo.

Denova no cobra ninguna tarifa por enviar mensajes de voz o correos electrónicos, pero su compañía telefónica podría hacerlo. No es necesario que acepte recibir mensajes de texto, de voz o de correo electrónico. Si decide no aceptarlos, eso no afectará a la atención médica que reciba. Puede notificar a Denova si decide dejar de recibir mensajes. Para dejar de recibir mensajes de texto, puede enviar un mensaje de texto con la palabra "STOP" para cancelarlos en cualquier momento.

Con la firma de este formulario de consentimiento del paciente, usted confirma que ha leído y comprendido toda la información y que acepta su contenido de manera voluntaria.

<b>Firma del paciente</b>	<b>Fecha</b> (MM/DD/AAAA)
<b>Nombre del paciente en letra de imprenta</b>	<b>Marque esta casilla si el paciente es menor de 18 años:</b> <input type="checkbox"/>

<b>Firma del padre, madre o representante legal</b>	<b>Fecha</b> (MM/DD/AAAA)
<b>Nombre en letra de imprenta del padre, madre o representante legal</b>	
<b>Relación si no es el paciente</b> <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida <input type="checkbox"/> Sustituto para la toma de decisiones sobre la atención médica <input type="checkbox"/> Otro _____	

<b>Firma del padre, madre o representante legal</b>	<b>Fecha</b> (MM/DD/AAAA)
<b>Nombre en letra de imprenta del padre, madre o representante legal</b>	
<b>Relación si no es el paciente</b> <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida <input type="checkbox"/> Sustituto para la toma de decisiones sobre la atención médica <input type="checkbox"/> Otro _____	

**INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA**  
**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Con mi firma, autorizo a todos mis proveedores de atención médica pasados, presentes y futuros con los que he recibido tratamientos médicos o de salud conductual, incluido cualquier tratamiento para trastornos por uso de sustancias, y a Health Current, el programa de intercambio de información de atención médica (HIE) de Arizona, a divulgar información sobre mi tratamiento a la organización a Denova Collaborative Health. También autorizo a Denova Collaborative Health a revelar al HIE todas las categorías de información anteriormente mencionadas relacionadas con el tratamiento que me brinda.

Recibo en la actualidad (o recibiré) tratamiento por parte de Denova Collaborative Health. La divulgación de esta información se realiza con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Autorizo la divulgación de toda la información sobre mi salud física y conductual, así como sobre trastornos por uso de sustancias (*por ejemplo*, drogas y tratamiento para el alcoholismo), incluidos mi historial médico; diagnósticos; expedientes de hospitales; información sobre consultas clínicas y médicas; medicamentos; alergias; resultados de análisis de laboratorio; informes de radiología; salud sexual y reproductiva; información relacionada con enfermedades contagiosas, e información relacionada con el VIH/sida.

Entiendo que esta información puede compartirse de forma segura a través del HIE. Entiendo que, si anteriormente opté por que no se compartiera mi información de salud a través del HIE, este formulario cambiará esa decisión. Esto se debe a que el HIE es la forma en que la organización mencionada anteriormente podría obtener mi información. Acepto que toda mi información de salud se comparta a través del HIE y entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento.

Comprendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto cuando alguien ya lo haya tenido en cuenta para divulgar información. Si quiero revocar mi consentimiento o si tengo preguntas, me pondré en contacto con Denova Collaborative Health. A menos que revoque mi consentimiento antes, permanecerá en vigor hasta que interrumpa el tratamiento con Denova Collaborative Health o hasta mi fallecimiento. Entiendo que la información sobre mi tratamiento para el trastorno por uso de sustancias seguirá estando protegida por leyes federales cuando se divulgue a las organizaciones mencionadas anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor *(si el paciente es menor de 18 años)\**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Tanto el menor como el padre/madre/tutor deben dar su consentimiento para que se divulgue **la información sobre el trastorno por uso de sustancias** del menor, a menos que tenga cónyuge, esté sin vivienda o esté emancipado.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable de tomar decisiones sobre la atención médica del paciente *(si un tribunal declaró incompetente al paciente o el paciente falleció)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Aviso al destinatario de la información sobre el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias:** Esta información se le divulgó a partir de registros protegidos por las leyes federales de confidencialidad (42 CFR, parte 2). Las leyes federales le prohíben divulgar cualquier otra información de este registro que permita identificar a un paciente como una persona que sufre un trastorno por uso de sustancias, ya sea de forma directa, por referencia a información disponible públicamente o mediante la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR, parte 2. Contar con una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (consulte § 2.31). Las leyes federales restringen cualquier uso de la información para llevar a cabo investigaciones o enjuiciamientos en relación con un delito de cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§ 2.12(c)(5) y 2.65.