

Información del Paciente		
Apellido*	Primer Nombre Legal*	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy):*	Email/Dirección Electrónica:*	

- YO NO autorizo Activate Healthcare de utilizar mi email/dirección electrónica para enviarme noticias relacionados con citas, y noticias que me dirigen al portal de la salud seguro en línea para ver mis resultados de laboratorio u otros mensajes de mi proveedor. (NOTA: Las comunicaciones de Activate Healthcare no incluirán información sensible como por ejemplo información de salud mental o pruebas más sensibles).
- IYO NO autorizo Activate Healthcare de enviarme notificaciones de mensajes por texto (SMS) de alertas de cuenta u otras informaciones más actualizados.

¿Usted tiene otro seguro? Si No | ¿Si tiene seguro, nombre del proveedor del seguro? _____

¿Usted tiene Medicare como seguro primario? Si No _____

Nota: Se supone que la información de contacto y por correo de las personas a su cargo, esta igual a la información de la persona primaria. Por favor contacte Activate Health & Wellness Center si necesita que modificar la información.

Reconocimiento del Paciente

Por mi firma abajo, reconozco que, Activate Healthcare Notice of Privacy Practices and Terms and Conditions (aviso sobre la Política de Privacidad y los términos y condiciones) me fueron facilitados y/o puestos a mi disposición. He leído y estoy de acuerdo con Activate Healthcare Notice of Privacy Practices and Terms and Conditions (aviso sobre la Política de Privacidad y los términos y condiciones). Me autorizo, con mi pareja y todas las personas a mi cargo por las cuales yo sea el padre, el tutor o representante personal legal para utilizar Activate Healthcare.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha de la Firma

*Información requerida

Consentimiento del Paciente de Activate Healthcare

¡Bienvenido a Activate Healthcare! Estamos honrados de ser su pareja en el cuidado de su salud y estamos comprometidos de entregar cuidado y servicio médico de calidad. Su proveedor de Activate Healthcare está al centro de su cuidado médico, asegurando que usted está tomando todos los pasos correctos hacia una vida más saludable.

Cuando firma el Consentimiento del Paciente, por la presente pide, consiente y autoriza Activate Healthcare y sus secundarios, afiliados y agentes, y sus proveedores empleados o contratados el derecho de tener acceso, diagnosticarlo, consultarlo y tratarlo. Como paciente de Activate Healthcare, los servicios descritos en Sección 1 serán disponible a usted según a los términos de este Acuerdo de Membresía.

1. Nuestros Servicios

Como paciente, usted es elegible para recibir cuidado médico primario, preventivo y servicios de cuidado urgente ofrecidos por su proveedor de Activate Healthcare. Activate Healthcare ha preparado una lista de servicios detallados que resume los servicios de cuidado de salud ofrecidos a los pacientes. Durante el término de este acuerdo, los servicios de cuidado de salud proporcionados por Activate Healthcare pueden estar sujetos a cambios. Cambios, si los hay,

serán reflejados en la lista de servicios detallados.

En este momento, Activate Healthcare no tiene las credenciales necesarias con programas de salud gubernamentales, como Medicare, y no podemos proveer cuidado médico para los pacientes cubiertos por Medicare Parte B, como su seguro primario.

2. Honorarios y Pagos

La mayoría, pero no todos los servicios enumerados anteriormente en Sección 1 están pagados por su empleador. Si usted participa en un plan de salud con deducible elevado que tiene la característica de una cuenta de ahorros para la salud, puede ser obligatorio de pagar un valor justo de mercado para algunos

servicios no preventivos y urgentes, hasta cuando se alcanza el deducible. Si no paga en base de un honorario-por-servicios para estos servicios, usted puede perder la habilidad de contribuir a su cuenta de ahorros para la salud.

3. Su Información Médica

Su privacidad es muy importante para nosotros y usted controla el uso de su información personal. Activate Healthcare ha puesto salvaguardias importantes en vigor para asegurar que su información médica está protegida y segura para mantener la confidencialidad. Tener acceso a su información médica ayudará a los proveedores de Activate Healthcare de darle el mejor cuidado posible y asegurar que tenemos la información más actualizada acerca de su salud. Entonces, cuando permitido por la ley, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), su programa de salud patrocinado por su organización y sus contratistas y agentes (Plan de Salud) pueden electrónicamente compartir con nosotros información acerca de su salud (incluyendo su "información de salud protegida" como definida por HIPAA). Para aprender más sobre nuestra Notice of Privacy Practices (Aviso sobre la Política de Privacidad), visite <https://www.activate-healthcare.com/privacy-policy> o contacte su Activate Health & Wellness Center para obtener una copia.

su información de salud sea vista desde el sistema HIE de su estado. Si escoge de optar por no, sus proveedores pueden que no tengan acceso inmediato a toda la información importante necesaria para llegar a la mejor decisión acerca de su cuidado de salud. Usted puede solicitar de optar por en cualquier momento. Para aprender más sobre las opciones de optar no y/u optar si, contacte su Activate Health & Wellness Center.

Para medir rendimiento sobre el cuidado y servicio se utiliza el sistema, Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS). Según la ley, Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA) Privacy Rule, un proveedor de cuidado de salud está permitido de divulgar información de salud protegida (PHI) a un plan de salud con el propósito de HEDIS sin el consentimiento o la autorización del paciente. Los datos HEDIS se reportan colectivamente y no incluyen identificadores específicos sobre los pacientes individuales.

Su información médica puede ser compartida con un sistema de intercambio por información de salud (HIE) en el estado donde vive. El HIE permite los proveedores y los pacientes de seguramente compartir y acceder información médica electrónicamente. Usted tiene la opción de optar por no y prevenir que

Su organización puede proveer incentivos para participar en un programa de bienestar. Si es así, usted entonces autoriza Activate Healthcare de compartir información acerca de su participación en el programa de bienestar con su organización, con el propósito de determinar su elegibilidad para un incentivo.

4. Comunicación Digital

Activate Healthcare ofrece servicios de cuidado virtual y la capacidad de enviar y recibir emails, a y desde su equipo de cuidado médico, por medio del portal de la salud en línea. El cuidado virtual utiliza tecnología que permite a los proveedores de Activate Healthcare la habilidad de evaluar y tratar a los pacientes, como alternativa a una visita en la oficina. Su proveedor determinará si una visita de cuidado virtual es medicamente adecuada para su condición. Durante la cita, detalles de su historial médico, exámenes, y diagnósticos serán discutidos. Un examen físico y video, audio y/o fotografías pueden ser tomados durante la cita. Hay riesgos potenciales y fallos técnicos cuando se utiliza cuidado virtual, incluyendo interrupción y/o desconexión del audio/video. El cuidado virtual no tiene la intención de reemplazar su relación con el proveedor y los pacientes tienen la opción de retener o revocar este consentimiento en algún momento. Mientras Activate Healthcare toma muchas precauciones para proteger su información y la seguridad de los emails que enviamos por medio de las citas de cuidado virtual, todavía hay riesgos y no podemos garantizar que todas las

comunicaciones digitales están seguros y confidenciales. Recomendemos que no envíe información sensible por medio de mensajes de texto. Los mensajes de texto pueden permanecer guardados en dispositivos móviles portátiles por un periodo de tiempo indefinido y pueden ser expuestos a terceros no autorizados. Usted tiene la responsabilidad de proteger su contraseña para su cuenta email, para su dispositivo móvil u otro acceso a su email y citas virtuales. Activate Healthcare no es responsable de cualquier revelación de información confidencial que no fue causada por mala conducta de parte de Activate Healthcare. Usted tiene la responsabilidad de informar Activate Healthcare si quiere parar o limitar comunicaciones con Activate Healthcare. Puede hacerlo cuando quiere sin razón o explicación. Firmando este acuerdo, usted reconoce que ha leído esta sección y entiende los riesgos y beneficios de utilizar los métodos de comunicación digital de Activate Healthcare.

5. No Discriminación

Activate Healthcare cumple con las leyes federales por derechos civiles pertinentes y nunca discrimina en base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género físico, orientación sexual o identidad de género. Activate

Healthcare no excluye o trata personas diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, género físico, orientación sexual o identidad de género.

Permiso de Discutir Información de Salud con Otros Individuos



Información del Paciente		
Apellido*	Primer Nombre Legal*	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):*		
Teléfono (móvil):	Teléfono (casa):	
Teléfono (trabajo):	Teléfono preferido (escoge uno): <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	

- Por la presente no quiero dar a Activate Healthcare, sus filiales, y organizaciones asociadas ("Proveedor") permiso para discutir mi información de salud con ningún amigo o pariente. Entiendo si este pedido cambia, se requiere que yo presente un nuevo formulario de permiso.
- Por la presente concedo a Activate Healthcare, sus filiales, y organizaciones asociadas permiso de discutir mi información de salud con las personas enumeradas abajo con referencia a su participación en la coordinación de mi cuidado y pagos por servicios de cuidado médico que yo recibo.

Nombre	Relación/parentesco (amigo, pariente, etcétera)	Número de teléfono

¿Quiere que los empleados de Activate Healthcare le dejen información de salud detallada en un recado por correo de voz?

Sí No ¿Para Sí, cual es el número de teléfono de llamar? _____

El formulario este anule cualquier y todos otros formularios completados antes. Se revocan todos los formularios previos.

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha de la Firma

Si el paciente es menor de edad o si el paciente tiene un representante legal, yo represento que soy el padre/tutor/representante personal legal del paciente sobre mencionado, y que no estoy prohibido por orden judicial de dar acceso a la información requerida.

Firma del Paciente o Representante Legal Fecha de la Firma

*Información requerida

This page is intentionally left blank.

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida



Pide una copia de su historial médico o envíe su historial médico a Activate Healthcare o a otro proveedor.

Información del Paciente			
Apellido.*		Primer Nombre Legal.*	Inicial del segundo
Dirección.*			
Ciudad.*	Estado.*	Código Postal.*	Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa):*

Primer paso: Díganos que le gustaría hacer.

- Obtener copia de mi historial médico de Activate Healthcare (omite pasos 2 y 3) Enviar mi historial médico a otro proveedor Obtener copia de mi historial médico de otro proveedor y enviar a Activate Healthcare

Segundo paso: Infórmanos con los detalles del proveedor NO de Activate Healthcare.	Tercer paso: Verifique la información de su Proveedor de Activate Healthcare.
Nombre del médico/proveedor:	Activate Healthcare Clínica:
Dirección.*	Dirección.*
Ciudad, Estado, Código Postal.*	Ciudad, Estado, Código Postal.*
Teléfono:	Teléfono:
Número Fax:	Número Fax:

Propósito de la Divulgación: (Por favor escoge una)

- Solicitud Individual Legal El Seguro Otra razón: _____

Propósito de la Divulgación: (Por favor escoge una)

- El historial médico completo guardado por el proveedor
 Tipos de archivos médicos indicados abajo entre las fechas de: _____ hasta _____
 Notas de progreso Informes de laboratorios Registro de Inmunización Archivos del Hospital Estudios por Imagen
 Otra información específica: _____

Divulgación de Información Confidencial

Entiendo que mi historial médico puede contener información confidencial relacionada con mi(s) condición(es). Esto incluye, pero no está limitado a información relacionada a VIH/SIDA o diagnósticos confirmados o tratamiento por cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para abuso de alcohol y drogas.

- Marcando la casilla, escojo de excluir el tipo de información citada arriba de esta divulgación.

Términos y Condiciones

- Tengo el derecho de revocar la Autorización, por escrito, en cualquier momento notificando el Agente de Privacidad (Privacy Officer) de Activate Healthcare y el proveedor del cuidado médico pedido a divulgar la información de salud (si es el caso). Para información antes divulgada, la revocación no se aplicará. Para contactar el Agente de Privacidad (Privacy Officer), por favor envíe su email a privacy@activatehealthcare.com.
- Puedo negar a firmar la Autorización. Mi rechazo de firma no tendrá consecuencias en mi habilidad de obtener tratamiento o pago o elegibilidad de los beneficios.
- Si la información de salud viene divulgada a una persona que no sea dependiente de las leyes de confidencialidad federales o estatales, hay el potencial que la información sea sujeta a ser divulgada en otras circunstancias afuera de las leyes estatales o federales y ya la información no está protegida por las leyes federales o estatales.
- He leído y comprendo la Autorización, y he tenido la oportunidad de recibir contestaciones a mis preguntas, he firmado la Autorización liberalmente y he recibido copia de la Autorización.
- Según la ley estatal, yo puedo ser responsable por el costo de copiar mi historial médico.
- La Autorización expira un (1) año después la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo contrario:

Firma del Paciente o Tutor Legal		Fecha de la Firma
Nombre del Paciente (escribir en letra de molde)	Nombre del Tutor Legal (escribir en letra de molde)	Relación al Paciente

*Información Requerida

This page is intentionally left blank.

Información sobre medicamentos recetados



Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa):

Una variedad de medicamentos genéricos recetados están disponibles de forma gratuita en esta ubicación. Usted tiene el derecho de surtir sus recetas en la farmacia que elija. Si desea que su receta se envíe a una farmacia local o a un servicio de pedidos por correo, simplemente informe al equipo de Activate Healthcare con la información de contacto de su farmacia. Pone sus iniciales aquí para reconocer su derecho de escoger la farmacia que surtirá sus recetas.

Firma del paciente

Fecha

Amigo / miembro de su familia autorizado (s) que puede recoger medicamentos o recetas en papel:

Escriba con letra de molde nombre de persona autorizada

Escriba con letra de molde nombre de persona autorizada