CIFC Health

Autorização para Consentimento

Uso da CIFC da Troca de Informações de Saúde (HIE):

Participamos de uma ou mais Trocas Eletrônicas Seguras de Informações de Saúde (“HIEs”) que permitem que profissionais autorizados de saúde, planos de saúde e outras organizações compartilhem suas informações de saúde para fins permitidos, como tratamento, pagamento e operações de assistência médica. O compartilhamento por meio de uma HIE ajuda a coordenar seu cuidado e a melhorar a qualidade e a eficiência.

Suas informações podem ser compartilhadas eletronicamente com outros participantes da HIE, incluindo hospitais, médicos, farmácias, laboratórios e planos de saúde, e podem incluir informações criadas por nós ou recebidas de terceiros.

A menos que você opte por não participar abaixo, suas informações de saúde poderão ser compartilhadas conforme descrito acima. Você pode optar por não participar a qualquer momento, exceto quando a divulgação for exigida por lei ou necessária para que sua equipe de cuidados obtenha informações relacionadas ao seu tratamento.

☐ Optar por não compartilhar informações na HIE da CIFC

Marque esta caixa somente se você NÃO quiser que suas informações de saúde sejam compartilhadas para os fins acima mencionados.

Troca de Informações de Saúde (Connie):

Participamos do Connie, a Troca de Informações de Saúde (HIE) designada pelo estado de Connecticut. O compartilhamento através do Connie ajuda a coordenar seu cuidado e a reduzir atrasos ou exames duplicados.

A menos que você selecione uma ou mais caixas abaixo, estas informações poderão ser compartilhadas através do Connie conforme permitido por lei. Você pode optar por não participar a qualquer momento em www.conniect.org ou ligando para (866) 987-5514.

NÃO compartilhe as seguintes informações através da Connie:

☐ HIV/AIDS

☐ Saúde Comportamental

☐ Transtorno por Uso de Substâncias

Acordo Financeiro & Cessão de Benefícios:

Autorizo a CIFC Health a enviar faturas pelos serviços prestados ao Medicare, Medicaid ou a qualquer outra companhia de seguros para mim e para meus filhos menores de 18 anos que estejam listados no formulário demográfico. Também autorizo a CIFC Health a compartilhar minhas informações de saúde ou as de meu(s) filho(s) com a companhia de seguros, incluindo informações sobre cuidados de saúde mental, uso de substâncias ou HIV, caso sejam necessárias para fins de pagamento.

Eu entendo que sou responsável pelo pagamento de todas as cobranças referentes aos serviços para mim e para meus filhos menores de 18 anos que estão listados no formulário demográfico. Isso inclui franquias, coparticipações e co-seguro; serviços que meu plano de saúde não cobre; e qualquer valor remanescente após o pagamento do meu seguro.

Eu entendo que devo notificar a CIFC Health imediatamente sobre qualquer alteração no meu seguro de saúde.

Autorizo minha companhia de seguro a enviar o pagamento diretamente à CIFC Health ou aos seus prestadores pelos serviços prestados a mim ou aos meus filhos menores de 18 anos que estejam listados no formulário demográfico. Se meu seguro negar a reivindicação porque não sou elegível, minha cobertura terminou ou por qualquer outro motivo, concordo em pagar o valor total devido o mais rápido possível.

Entendo que a CIFC Health oferece um programa de desconto com base em escala móvel de acordo com minha renda, e concordo em notificar a CIFC Health imediatamente sobre qualquer alteração em minha renda. Entendo que posso conversar com o Departamento FIA para saber mais sobre o programa de desconto com base em escala móvel.

Autorização para Tratamento:

Autorizo a equipe da CIFC Health a fornecer cuidados médicos, odontológicos e de saúde comportamental de rotina para mim e para meus filhos menores de 18 anos que estejam listados no formulário demográfico. O cuidado pode incluir exames (incluindo teste de HIV), medicamentos, injeções, vacinas ou outros tratamentos baseados em diretrizes médicas padrão, mas que podem apresentar alguns riscos. Meu profissional de saúde explicará os riscos para mim com antecedência. Entendo que tenho o direito de recusar qualquer exame, tratamento, serviço ou medicamento, conforme permitido por lei.

Entendo que estudantes e profissionais de saúde em treinamento podem auxiliar no meu atendimento sob supervisão da equipe clínica da CIFC Health.

Uso e Divulgação de Informações e Reconhecimento do Aviso de Práticas de Privacidade:

Autorizo a CIFC Health a utilizar e divulgar minhas informações de saúde para os seguintes fins: (1) fornecer, organizar ou coordenar meu tratamento de saúde; (2) manter minhas informações de saúde em um sistema eletrônico de prontuário e utilizar tecnologia segura para aprimorar a prestação de cuidados de saúde; (3) permitir que a CIFC Health obtenha pagamento pelos serviços prestados a mim; e (4) permitir que a CIFC Health realize operações rotineiras de saúde e administrativas, como garantia de qualidade, planejamento de serviços e administração geral.

Estou ciente de que esta autorização para uso e divulgação de informações pode incluir informações sobre: (1) HIV ou AIDS; (2) tratamento de transtorno por uso de substâncias; (3) saúde psiquiátrica ou comportamental; (4) doenças sexualmente transmissíveis; e (5) saúde reprodutiva. Estou ciente e concordo que a CIFC Health pode compartilhar informações com meus outros prestadores de cuidados médicos para tratamento médico ou com terceiros para pagamento financeiro por meios eletrônicos.

Autorizo a CIFC Health a solicitar e utilizar meu histórico de medicamentos prescritos de outros prestadores de cuidados de saúde e/ou administradoras de benefícios farmacêuticos de terceiros para fins de tratamento. Este termo de consentimento permanecerá em vigor até o dia em que eu revogar o consentimento. Para revogar o consentimento a qualquer momento, devo falar com o gerente de registro do departamento.

Uma descrição de como a CIFC Health pode usar ou divulgar informações de saúde sobre mim, meus direitos relacionados às minhas informações de saúde e como registrar uma reclamação caso eu sinta que meus direitos foram violados está no Aviso de Práticas de Privacidade (NPP) da CIFC Health. Minha assinatura/assinatura eletrônica abaixo reconhece que me foi oferecida ou que recebi uma cópia do NPP da CIFC Health e que posso acessar uma cópia a qualquer momento em https://www.cifc.org/home-page/page/privacy-statement ou em qualquer unidade clínica.

Nome do Paciente: _____Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Paciente ou do Pai/Mãe/Responsável Legal: _____

Nome do Pai/Mãe ou Responsável Legal (se assinado acima):

_____