

Consentimiento informado para tratar con medicamentos

Yo, _____, Por la presente, autorizo a mi proveedor que trabaja para IM WELLNESS CENTER LLC a recetar los siguientes medicamentos:

Entiendo que la razón por la cual este/estos medicamentos están siendo recetados es para tratar mi enfermedad. Además, al firmar este Formulario de consentimiento, confirmo que mi proveedor me ha informado sobre la naturaleza del tratamiento, el tipo de medicamento que estoy tomando y cualquier riesgo posterior o efecto secundario asociado con este/estos medicamentos. También confirmo que entiendo los riesgos y efectos secundarios asociados con este/estos medicamentos.

Marque y ponga sus iniciales en una opción a continuación:

Soy alérgico a: _____

_____ Iniciales

No tengo alergias

_____ Iniciales

Pacientes de sexo femenino:

Sí, estoy embarazada. Mi proveedor me informó sobre los riesgos potenciales para mí y para mi bebé en desarrollo, recién nacido o amamantado que pueden ocurrir debido a la toma de este/estos medicamentos durante el embarazo/la lactancia. Mi proveedor explicó que me derivarán a mi ginecólogo en este momento para recibir atención psiquiátrica continua junto con mi atención de maternidad. Una vez que dé a luz a mi bebé, regresaré a IM WELLNESS CENTER, LLC para recibir atención psiquiátrica continua.

No, no estoy embarazada. Entiendo que tomar estos medicamentos puede conllevar un riesgo de daño para un bebé en desarrollo, recién nacido o amamantado. Acepto discutir cualquier plan para el embarazo con mi proveedor tan pronto como sea posible, si corresponde.

Entiendo que no se me obligará a tomar este/estos medicamentos y que puedo interrumpir este/estos medicamentos en cualquier momento. Sin embargo, también entiendo que si dejo de tomar este/estos medicamento(s) puedo experimentar efectos secundarios graves y, por lo tanto, no debo dejar de tomar el medicamento sin el conocimiento y la participación activa de mi proveedor que me receta.

MEDICAMENTOS FUERA DE LA ETIQUETA: Los medicamentos fuera de la etiqueta se definen como: El uso de un medicamento para tratar una afección o síntomas específicos, aunque el medicamento no esté específicamente aprobado para hacerlo por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA).

ADVERTENCIA DE CAJA NEGRA: Las advertencias de caja negra se definen como: La advertencia más estricta que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE.

Mi firma debajo indica que:

1. Comprendo el contenido de este comunicado así como mis derechos con respecto a aceptar o rechazar cualquier medicamento sugerido para tratar mi enfermedad. Este formulario de consentimiento fue discutido conmigo en detalle y todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.
2. También se discutió la naturaleza y el fundamento del tratamiento con este/estos medicamentos, la explicación de los posibles efectos secundarios (incluidas las advertencias de recuadro negro) y si este/estos medicamentos se prescriben para uso "FUERA DE LA ETIQUETA" y No tengo mas preguntas. Firmar indica que creo que los beneficios del tratamiento son mayores que los riesgos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Firma del padre / encargado: _____

Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal



Contrato de Prescripción de Sustancias Controladas

- 1) Estoy de acuerdo en tomar mi(s) medicamento(s) solo según lo prescrito. Esto incluye la frecuencia con la que tomo los medicamentos y la dosis. El proveedor habló sobre lo que debo hacer si tengo preguntas sobre el medicamento o los efectos secundarios después de comenzar a tomarlo (incluyendo las condiciones en las que debo suspender el medicamento hasta que pueda discutir cómo proceder directamente con mi proveedor).
- 2) He divulgado todos mis medicamentos, suplementos y vitaminas a mi proveedor. Soy responsable de avisar a mi proveedor con cualquier cambio a esta lista.
- 3) Entiendo que el (los) medicamento(s) que me están recetando tienen potencial de abuso, y que al ser recetado esta medicación me pone en riesgo de desarrollar un problema de sustancias. También entiendo que este medicamento puede causar dependencia fisiológica, tolerancia y abstinencia. Estos efectos secundarios y riesgos me han sido descritos en detalle y entiendo los términos y riesgos anteriores.
- 4) Entiendo que mi proveedor puede requerir pruebas de drogas mientras esté bajo su cuidado. Resultados que son inconsistentes con mi historial médico, medicamentos recetados o resultados que sugieran que puedo tener un problema de sustancias (por ejemplo, dar positivo por drogas ilegales o medicamentos que no me han recetado), puede ser motivo de despido de atención a discreción de mi proveedor.
- 5) Entiendo que siempre tengo derecho a rechazar o dejar de tomar mi(s) medicamento(s), pero que hacerlo puede resultar en síntomas de abstinencia (con consecuencias médicas potencialmente graves). Si decido suspender un medicamento o disminuir mi dosis sin la supervisión directa de mi proveedor, él/ella no es responsable de ninguna reacción adversa grave o consecuencias (incluyendo convulsiones y/o muerte).
- 6) Si existe preocupación por el abuso de medicamentos, desvío (dar o vender el medicamento a otros) o "compras de médicos" (obtener medicamentos similares de múltiples prescriptores), mi atención terminará a la discreción de mi proveedor. Mi proveedor tiene derecho a comunicarse con las autoridades correspondientes (como la policía, la DEA, etc.) si le preocupa que esto esté ocurriendo. Al firmar este formulario, le doy permiso a mi proveedor para compartir mi registro médico (incluidas las pruebas de detección de drogas) con cualquier agencia del orden público, proveedor médico y farmacia si mi proveedor tiene alguna inquietud.
- 7) Mi médico puede comunicarse con todos mis proveedores y farmacias actuales y anteriores a su discreción. Razones incluyen (pero no se limitan a) notificarles de este contrato.
- 8) Si no soy adherente a este contrato, honesto sobre mis medicamentos y/o dosis, no tomo medicamentos como prescrito, no soy honesto con mi proveedor acerca de un historial de abuso o dependencia de sustancias o no notifico a mi prescriptor si me preocupa que estoy desarrollando un problema de sustancias, soy el único responsable de cualquier resultado.

Firmar este formulario indica que entiendo completamente todo lo anterior, todas mis preguntas han sido respondidas y estoy de acuerdo con los términos del prescriptor por ser un paciente.

Firma del paciente - Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Fecha

Firma de Testigo o Guardian - Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a mi(s) proveedor(es) y al personal de IM WELLNESS CENTER, LLC a divulgar y/o recibir información (información médica, de salud mental y relacionada con la adicción) a/de:

Nombre: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Información a divulgar (marque una o más):

Cualquier/todos los registros o información relacionados con el tratamiento (historial, evaluaciones, todas las notas, estudios, análisis de laboratorio, diagnósticos, formulaciones, tratamientos, información de pago, correspondencia por correo electrónico y otros [mi registro médico completo]).

Un resumen de las partes relevantes de mi atención (la relevancia la determina mi proveedor)

Otro: _____

Propósito de la divulgación (marque uno o más):

Para coordinar o planificar la atención con otros proveedores (por ejemplo, con mi terapeuta, especialista o proveedor de atención primaria)

Para asegurar ausencia médica o discapacidad (como FMLA o ausencia médica de la escuela)

Transición del cuidado a un nuevo proveedor

Otros (es decir, alojamiento legal, escolar / laboral): _____

Entiendo que las partes arriba mencionadas pueden participar en intercambios periódicos de información (escritos o verbales) para los propósitos descritos anteriormente. Entiendo que tengo derecho a reunirme con mi médico para revisar mi registro médico, de salud mental y de tratamiento de adicciones. Entiendo que los proveedores/personal de IM WELLNESS CENTER LLC no se hacen responsables de las consecuencias negativas, incluida la responsabilidad legal, que puedan surgir como resultado del cumplimiento de esta solicitud. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero cualquier acción que se ha tomado en base a ello no se puede cambiar.

Al firmar a continuación, doy fe de que he leído este formulario, comprendo su contenido y solicito que la información anterior se divulgue o intercambie como se especifica..

Nombre: _____ Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal

Padre o tutor: _____ Fecha: _____

Escribir su nombre aquí constituye una firma legal



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELE SALUD

La telesalud es atención médica que se brinda por cualquier medio que no sea una visita en persona. En los servicios de telesalud, la información médica y de salud mental se usa para diagnóstico, consulta, tratamiento, terapia, seguimiento y educación. La información de salud se intercambia de manera interactiva de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas. Las consultas telefónicas, las videoconferencias, la transmisión de imágenes fijas, las tecnologías de salud electrónica, el correo electrónico, los portales de pacientes y el seguimiento remoto de pacientes se consideran servicios de telesalud.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento : _____

1. Entiendo que la telesalud involucra la comunicación de mi información médica y de salud mental en un formato electrónico o asistido por tecnología (teléfono, videoconferencia y otros).
2. Entiendo que puedo optar por no participar en las visitas de telesalud en cualquier momento. Esto no cambiará mi capacidad para recibir atención futura en IM WELLNESS CENTER LLC , pero puede afectar mi capacidad para ver a mi proveedor actual.
3. Entiendo que los servicios de telesalud solo pueden brindarse a pacientes, incluido yo mismo, que se encuentran físicamente en el estado de FLORIDA, en el momento de sus visitas. Si mi proveedor también tiene licencia en cualquier otro estado, entonces también puedo tener visitas de telesalud cuando me encuentre físicamente en ese estado (es mi responsabilidad hablar con el personal de Salud Mental de IM WELLNESS CENTER LLC sobre dónde tiene licencia mi proveedor, y es mi responsabilidad de notificarles en caso de que ya no pueda tener citas en un estado donde mi proveedor tiene licencia).
4. Entiendo que la información de facturación de telesalud se recopila de la misma manera que las visitas regulares al consultorio, y las tarifas de visita son las mismas para las visitas en persona y las visitas de telesalud en IM WELLNESS CENTER LLC .
 - a. Entiendo que si la tecnología falla para una sesión de videoconferencia, la visita se trasladará a una cita telefónica y no habrá cambios en las tarifas de la visita (seré responsable de la tarifa completa de la visita).
5. Si tengo beneficios de seguro de salud fuera de la red para servicios de salud mental, es mi responsabilidad hablar con mi compañía de seguros sobre si reembolsan las citas de telesalud. Nuestras tarifas no cambian si la compañía de seguros de un paciente acepta la telesalud como un gasto reembolsable, y es mi responsabilidad investigar antes de hacer una cita con esta oficina.



6. Entiendo que todas las comunicaciones médicas electrónicas conllevan cierto nivel de riesgo. Si bien se reduce la probabilidad de riesgos asociados con el uso de la telesalud en un entorno seguro, los riesgos son, no obstante, reales e importantes de comprender. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:
 - a. Es más fácil que la comunicación electrónica sea reenviada, interceptada o incluso modificada sin mi conocimiento y a pesar de tomar medidas razonables.
 - b. Los sistemas electrónicos a los que acceden los empleadores, amigos u otros no son seguros y deben evitarse. Es importante para mí utilizar una red segura.
 - c. A pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor de atención médica, la transmisión de información médica podría interrumpirse o distorsionarse debido a fallas técnicas.
 - d. Las visitas de telesalud podrían ser "pirateadas", a pesar de que se hagan esfuerzos razonables para evitar que esto suceda.
 - e. Los proveedores no podrán realizar un verdadero examen físico, controlar signos vitales o tomar otras acciones, que pueden ser parte del estándar de atención, para la prescripción de ciertos medicamentos o al evaluar pacientes con ciertas presentaciones o condiciones. Si mi proveedor recomienda que compre un manguito de presión arterial y registre los datos, consulte a mi médico de atención primaria para los signos vitales o tome otras medidas para mitigar el riesgo de un resultado adverso debido a esto, es mi responsabilidad hacerlo, y reconozco que no hacerlo, puede resultar en daño físico para mí o un resultado adverso.
7. Acepto que la información intercambiada durante mi visita de telesalud será mantenida por médicos, enfermeras practicantes, terapeutas, administradores y otros proveedores involucrados en mi atención.
8. Comprendo que la información médica se rige por las leyes federales y estatales que se aplican a la telesalud.
9. Entiendo que Skype, FaceTime, Doxy o servicios similares pueden no proporcionar una plataforma segura que cumpla con la ley HIPAA, pero deseo continuar de manera voluntaria y consciente. Si tengo preguntas relacionadas con la plataforma que usa mi proveedor, es mi responsabilidad hablar con mi proveedor y/o con los miembros del personal de salud mental de IM WELLNESS CENTER LLC antes de cualquier cita de telesalud.
10. Entiendo que debo tomar medidas razonables para protegerme del uso no autorizado de mis comunicaciones electrónicas con otras personas.
11. El proveedor de atención médica no es responsable de las violaciones de la confidencialidad causadas por un tercero independiente o por mí.
12. Acepto que le he verificado a mi proveedor de atención médica mi identidad y ubicación actual en relación con los servicios de telesalud. Reconozco que el incumplimiento de estos procedimientos puede resultar en la terminación de mi visita de telesalud.
13. Entiendo que tengo la responsabilidad de verificar la identidad y las credenciales del proveedor de atención médica que me brinda atención a través de telesalud y de confirmar que él o ella es mi proveedor de atención médica.



14. Entiendo que la comunicación electrónica no se puede utilizar para emergencias o asuntos sensibles al tiempo.
15. Entiendo y acepto que una evaluación médica a través de telesalud puede limitar la capacidad de mi proveedor de atención médica para diagnosticar completamente una afección o enfermedad. Como paciente, acepto la responsabilidad de seguir las recomendaciones de mi proveedor de atención médica, incluyendo otras pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio o una visita al consultorio.
16. Entiendo que la comunicación electrónica se puede usar para comunicar información médica altamente confidencial, como tratamiento o información relacionada con el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información sobre salud mental y tratamiento de adicciones (uso, abuso y dependencia de alcohol y drogas, por ejemplo).
17. Entiendo que mi proveedor de atención médica puede optar por enviar mi información a un tercero autorizado. Por lo tanto, he informado al proveedor de atención médica de cualquier información que no deseo que se transmita a través de la comunicación electrónica.
18. Al firmar a continuación, entiendo los riesgos inherentes de errores o deficiencias en la transmisión electrónica de información e imágenes de salud durante una visita de telesalud.
19. Entiendo que nunca hay una garantía en cuanto a un resultado o resultado particular relacionado con una condición o diagnóstico cuando se brinda atención médica.
20. En la medida permitida por la ley, acepto renunciar y liberar a mi proveedor de atención médica y su institución o práctica de cualquier reclamo que pueda tener sobre la visita de telesalud.
21. **Entiendo que las comunicaciones electrónicas nunca deben usarse para comunicaciones de emergencia o solicitudes urgentes. En caso de emergencia, llamaré al 911. Las telecomunicaciones (incluido el correo electrónico) nunca deben usarse en caso de emergencia. Además, los mensajes de texto nunca son una forma apropiada de comunicación con ninguno de nuestros proveedores, y no somos responsables de responder a ningún texto.**
22. Si durante el curso del tratamiento, el proveedor de un paciente considera que no tiene el conjunto de habilidades o los recursos para brindar atención segura a un paciente virtualmente o de otra manera (por ejemplo, si se evalúa que un paciente tiene un alto riesgo de autolesión o suicidio) el proveedor discutirá esto directamente con el paciente, proporcionará recursos para encontrar profesionales locales de salud mental (por ejemplo, proveedores a los que el paciente pueda ver para citas presenciales regulares, con privilegios de admisión en hospitales psiquiátricos locales y atención las 24 horas cobertura de emergencia), y el paciente deberá hacer la transición a un nuevo proveedor dentro de los 90 días; es importante para nuestra práctica que seamos honestos con nuestros pacientes, y si no sentimos que no solo encajamos bien médicamente, sino que encajamos **SEGURAMENTE**, se requerirá una transición de atención. Es responsabilidad del paciente programar una cita con otro proveedor y seguir adelante con esta transición de atención. Nuestros proveedores proporcionarán registros médicos y/o un resumen de la atención a su nuevo proveedor, con una divulgación de información firmada a su solicitud.
23. Si se atiende a un paciente por adicción, es posible que se requiera una visita personal inicial y se requerirá que los pacientes se realicen exámenes de detección de drogas al azar dentro de las 72



horas posteriores a la solicitud del proveedor, durante toda la atención. Si un paciente abusa del alcohol o las benzodiazepinas (Xanax, Valium, Klonopin, Ativan), el proveedor puede requerir citas presenciales continuas, por motivos de seguridad, a su discreción. Además, es posible que su compañía de seguros no reembolse las visitas de telesalud. Es posible que lo remitan o no a un proveedor cara a cara regular según sus circunstancias únicas.

Certifico que he leído y entiendo este acuerdo y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Para la comunicación electrónica entre todos los proveedores y los miembros del personal de IM WELLNESS CENTER LLC y:

Nombre de el paciente
Escribir su nombre aquí constituye una firma legal.

Relación al paciente

Nombre de el Padre o del Guardian
Escribir su nombre aquí constituye una firma legal.

Fecha