

Contrato de tratamento, pagamento e dados

Nome: _____

Data de nascimento: _____

- Dou este meu consentimento e autorizo os Outer Cape Health Services a tratar qualquer condição de saúde mental ou psicológica desde que o prestador de cuidados tenha explicado minha condição para mim, os procedimentos de tratamento e os métodos alternativos para tratar minha condição. O prestador de cuidados discutiu comigo os riscos previsíveis do tratamento acima mencionado e pode haver resultados indesejáveis.
- Entendo que a Outer Cape Health Services opera uma prática de atenção primária que integra serviços de saúde comportamental, o que significa que a equipe de saúde comportamental faz parte da minha equipe médica e experiência e que ser visto por um provedor de saúde comportamental através da atenção primária pode resultar em custos adicionais para o meu seguro. Isso também pode resultar em um copagamento adicional ou cosseguro. Eu reconheço que em casos de cobertura insuficiente, eu serei responsável pelo saldo remanescente.
- Li e entendi cuidadosamente o presente Termo de Consentimento Esclarecido e todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas.
- Autorizo o exame e o tratamento para esta e todas as visitas médicas ou mentais subsequentes.
- Entendo que sou pessoalmente responsável por todas as cobranças e franquias. Assistência financeira está disponível para aqueles que se qualificam.
- Sou pessoalmente responsável por fornecer informações precisas e atuais sobre seguros.
- Autorizo uma fotocópia desta declaração para servir como original e o uso desta assinatura em todas as submissões de seguro.
- Autorizo a divulgação de todas as informações necessárias para garantir pagamentos de benefícios.
- Entendo que a Outer Cape Health Services pode usar dados desenvolvidos e/ou fornecidos por clientes para determinar as características gerais das comunidades que atende e que nenhuma dessas informações identificará de forma alguma clientes individuais.
- Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas. Recebi uma cópia da Notificação de Práticas de Privacidade da Outer Cape (HIPAA) e dos Direitos e Responsabilidades do Paciente.

Assinatura do Paciente _____ Data _____

Informações Gerais: O consentimento informado será obtido de todos os pacientes que acessarem serviços / atividades de saúde, saúde comportamental e / ou pesquisa. O consentimento informado não é apenas um documento assinado. É um processo contínuo que considera as necessidades e preferências do paciente, a conformidade com a lei e a regulamentação e a educação do paciente.

O paciente e / ou a família, conforme apropriado, recebem informações sobre:

- a condição do paciente;
- Propostos tratamentos, procedimentos ou atividades de pesquisa;
- Potenciais benefícios e desvantagens dos tratamentos ou procedimentos propostos;
- Problemas relacionados à recuperação;
- Tratamento(s) alternativo(s) ou procedimento(s);
- O médico ou outro profissional principalmente responsável pelos cuidados do paciente;
- Outros que autorizam ou realizam procedimentos ou tratamentos; e
- Quaisquer relações comerciais entre indivíduos que tratam o paciente, ou entre a organização e qualquer outra instituição de saúde.

As informações em seu prontuário médico são confidenciais e estão protegidas pelas Leis Gerais de Massachusetts. 111, Sec. 70. Seu consentimento por escrito será necessário para a liberação de informações, exceto no caso de uma ordem judicial.