



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO Y ACUSE DE RECIBO

Caso#	Nombre
PERMISO PARA TRATAMIENTO	
<p>Por la presente autorizo al personal de Pathways a realizar cualquier examen, prescripción de medicamentos, procedimientos de tratamiento o terapia brindada a _____ cuya relación conmigo sea (marque una) <input type="checkbox"/>usted mismo, <input type="checkbox"/>hijo, <input type="checkbox"/>cónyuge, <input type="checkbox"/>otro (especifique) _____ ya sea un servicio presencial o un servicio de telesalud.</p>	
LLAMADAS RECORDATORIAS DE CITAS	
<p>Como cortesía, Pathways envía recordatorios de citas por teléfono, SMS y correo electrónico a sus clientes, incluyendo la posibilidad de dejar un mensaje si no pueden responder. Acepto recibir recordatorios por:</p> <p>LLAMADA TELEFÓNICA <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No MENSAJE DE TEXTO <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No y/o CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No</p>	
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA Y USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)	
<p>Entiendo que Pathways utiliza un historial médico electrónico para documentar los servicios que recibo y que se puede utilizar una herramienta asistida por IA durante mis sesiones para facilitar la documentación. La privacidad y la confidencialidad son nuestra máxima prioridad. La herramienta de IA se utiliza de conformidad con la normativa HIPAA y no almacena ni utiliza su información para ningún fin ajeno a su atención médica. Doy mi consentimiento para el uso de esta herramienta, sabiendo que mi proveedor siempre supervisará y controlará la documentación final. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que ello afecte a la atención que recibo. <input type="checkbox"/>Sí <input type="checkbox"/>No</p>	
AUTORIZACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	
<p>Yo, el abajo firmante, autorizo a Pathways, Inc. y a sus agentes o representantes a consentir, en mi nombre, cualquier atención médica/hospitalaria o tratamiento de emergencia que se preste según el consejo de un médico colegiado. Acepto ser responsable de todos los gastos necesarios generados por cualquier hospitalización o tratamiento prestado de conformidad con esta autorización.</p>	
DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL CONSUMIDOR	
<p>Como consumidor de los servicios de Pathways, Inc., entiendo que la identidad de otros consumidores es confidencial. Entiendo que la ley federal y las regulaciones protegen la confidencialidad de cada persona que recibe servicios de Pathways, Inc.</p> <p>Respetaré la confidencialidad de otros consumidores. Entiendo que si obtengo información sobre otro consumidor, incluyendo, entre otros, que una persona está recibiendo tratamiento en Pathways; o si, durante un servicio grupal, obtengo información adicional sobre una persona, no puedo comentarla fuera del programa.</p> <p>Entiendo que podría haber sanciones por el incumplimiento de las declaraciones anteriores, incluidas posibles sanciones civiles.</p>	
DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE PATHWAYS	
<p>En general, la privacidad de todas las comunicaciones entre un consumidor y Pathways está protegida por ley, y Pathways solo puede divulgar información sobre nuestro trabajo a otros con permiso por escrito; sin embargo, existen algunas excepciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de los procedimientos legales, tiene derecho a denegar el permiso a Pathways para proporcionar información sobre su tratamiento. Sin embargo, en algunos procedimientos, como la custodia de menores y otros en los que su estado emocional es un asunto importante, un juez puede ordenar el testimonio de un empleado de Pathways, en cuyo caso cumpliremos con la orden. 	

- Existen situaciones en las que Pathways está legalmente obligado a tomar medidas para proteger a otras personas de cualquier daño, incluso si tenemos que revelar información sobre su tratamiento. Por ejemplo, si creemos que un niño, una persona mayor o una persona con discapacidad está sufriendo abuso, debemos presentar una denuncia ante la agencia estatal correspondiente.
- Si Pathways considera que usted amenaza con causar lesiones corporales graves a otra persona, estamos obligados a tomar medidas de protección. Estas medidas pueden incluir notificar a la posible víctima, contactar a la policía o solicitar su hospitalización. Si usted amenaza con hacerse daño a sí mismo, podríamos estar obligados a solicitar su hospitalización o a contactar a familiares u otras personas que puedan brindarle protección. Si se presenta una situación como esta, haremos todo lo posible por hablarlo con usted a fondo antes de tomar cualquier medida.
- Los profesionales de Pathways trabajan con un enfoque de equipo interdisciplinario y se consultan entre sí sobre el tratamiento de los consumidores. Todos los empleados de Pathways están legalmente obligados a mantener la confidencialidad de la información.

Si no ha recibido servicios en un plazo de 180 días , su expediente se cerrará. Si necesita servicios en el futuro, con gusto le atenderemos. Se le reevaluará en ese momento.

FIRMAS:

He leído, comprendido y doy mi consentimiento lo anterior:

Firma del consumidor: _____ Fecha: ____/____/____

Representante autorizado/tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo de Pathways: _____ Fecha: ____/____/____