

Formulario de Consentimiento y Acuerdo del Paciente

Nuestra clínica forma parte de una organización más grande comprometida con el apoyo a nuestros proveedores y con brindar una atención excepcional a los pacientes. Es posible que vea el nombre **Advanced Women's Care (AWC)** o **Valley Perinatal Services (VPS)** en algunos de los documentos que está firmando hoy; estas son simplemente nuestras organizaciones afiliadas. Por favor, tenga en cuenta que su equipo de atención y los servicios permanecen iguales.

Política de No-Show y Cancelación

Le pedimos amablemente que notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita programada. Esto nos permite ofrecer su horario a otro paciente que pueda necesitar atención.

Debido al aumento de citas perdidas y cancelaciones de último momento, se cobrará una tarifa de \$25 por todas las ausencias o cancelaciones hechas con menos de 24 horas de anticipación. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y será responsabilidad del paciente. Agradecemos su cortesía y cooperación para ayudarnos a brindar atención oportuna a todos los pacientes.

Consentimiento para Contacto

Al proporcionar cualquier número de teléfono, doy mi consentimiento por escrito para que Valley Perinatal Services me contacte mediante llamadas automáticas, grabadas o artificiales y mensajes de texto a ese número. Entiendo que puedo cambiar o revocar este consentimiento en cualquier momento visitando la página "Preferencias de Contacto" del Portal del Paciente.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su privacidad y a garantizar que su información de salud se use y comparta de manera adecuada. Este aviso explica cómo se puede usar su información y sus derechos al respecto. Reconozco que he leído y entiendo este aviso. También entiendo que se puede imprimir una copia a solicitud o acceder a ella en nuestro sitio web.

Autorización para Divulgación de Información de Facturación

Autorizo a Valley Perinatal Services a:

1. Compartir cualquier información necesaria con mi compañía de seguros sobre mi enfermedad y tratamiento
2. Enviar reclamaciones de seguros por los servicios proporcionados; y
3. Usar una fotocopia de mi firma para estos fines.

Asignación de Beneficios

Acepto asignar todos los beneficios médicos y quirúrgicos, incluidos los beneficios médicos mayores, a los que tengo derecho. Autorizo a mi seguro, incluido Medicare, seguros privados y otros planes de salud, a pagar directamente a **Valley Perinatal Services** por los servicios que se me proporcionen a mí y/o a mis dependientes. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi seguro.

Historial de Medicación

Acepto que **Valley Perinatal Services** pueda acceder y revisar mi historial de medicación. Entiendo que esta información se incorporará a mi expediente médico. Un historial de medicación muestra los medicamentos que me han sido recetados recientemente por mis proveedores u otros profesionales de la salud. Esta información puede provenir de farmacias, planes de salud u otros proveedores de atención médica.

Autorización para Recibir y Compartir Registros Médicos

Autorizo a **Valley Perinatal Services** a enviar y/o recibir la siguiente información médica:

- Notas de las últimas tres visitas y cualquier prueba, laboratorio, imágenes o EKG de los últimos 6–12 meses
- Expedientes médicos completos, incluidos laboratorios, patología e informes de diagnóstico por imágenes
- Resúmenes o registros abreviados
- Otra información relacionada

Entiendo que estos registros pueden incluir información sensible, como estado de VIH/SIDA, diagnósticos de cáncer, historial de uso de sustancias o enfermedades de transmisión sexual, y autorizo la divulgación de esta información como parte de esta solicitud.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Sus Derechos

- Ser tratado con respeto, dignidad y sin discriminación
- Recibir atención segura, compasiva y considerada
- Ser informado sobre su condición, opciones de tratamiento y plan de atención de manera comprensible
- Conocer los nombres y roles de sus proveedores de atención médica
- Participar en decisiones sobre su atención, incluyendo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento según lo permita la ley
- Que su privacidad sea protegida y su información médica se mantenga confidencial
- Acceder a sus registros médicos y solicitar copias
- Recibir información sobre servicios, derivaciones y costos de atención
- Ser informado antes de cualquier transferencia de atención
- Que se evalúe y gestione adecuadamente su dolor
- Expresar preocupaciones o quejas sin temor a represalias
- Recibir asistencia en comunicación o soporte de idioma si es necesario
- Establecer directivas anticipadas y que se respeten

Sus Responsabilidades

- Proporcionar información de salud precisa y completa
- Hacer preguntas cuando no comprenda su atención
- Seguir su plan de tratamiento y comunicar preocupaciones
- Reportar cambios en su condición, incluyendo dolor
- Llegar a tiempo a las citas o notificar si necesita cancelar
- Tratar al personal y otros pacientes con respeto
- Cumplir con las políticas de la oficina, incluido mantener un ambiente libre de humo
- Respetar la privacidad de otros y la propiedad de las instalaciones
- Cumplir con sus obligaciones financieras por la atención recibida

Informar Preocupaciones

Si cree que se han violado sus derechos, puede comunicarse con:

- Departamento de Servicios de Salud de Arizona
- 150 N. 18th Ave., Suite 450
- Phoenix, AZ 85007
- Teléfono: 602-364-3030

O contactar directamente a VPS:

- management@valleyperinatal.com
- compliance@valleyperinatal.com

Consentimiento del Paciente – Obstetricia (OB)

Consentimiento para Atención Médica

Doy mi consentimiento a **Valley Perinatal Associates, LLC (VPS)**, su personal y proveedores para proporcionar atención médica, pruebas, procedimientos y servicios que se consideren necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Esto puede incluir, pero no se limita a:

- Atención directa al paciente
- Coordinación y manejo de atención con otros proveedores de salud
- Consultas relacionadas con mi atención
- Derivaciones a otros proveedores de atención médica

Ultrasonido Prenatal

Entiendo que el ultrasonido prenatal es una herramienta valiosa para evaluar el desarrollo fetal. Aunque la mayoría de los ultrasonidos brindan resultados tranquilizadores, reconozco que:

- Pueden detectarse defectos de nacimiento ocasionalmente, incluso en pacientes sin factores de riesgo conocidos
- Algunos “marcadores” pueden aparecer en embarazos normales

- Algunos hallazgos pueden aumentar ligeramente el riesgo de anomalías cromosómicas o estructurales, aunque a menudo no son clínicamente significativos y pueden generar ansiedad innecesaria

Los médicos de VPS son experimentados en ultrasonido obstétrico y diagnóstico fetal y participan en investigación clínica continua para mejorar la precisión diagnóstica. Doy mi consentimiento para la participación anónima en dicha investigación; mi identidad no será divulgada.

Seguimiento y Compartición de Información

Para fines de aseguramiento de calidad e investigación, acepto que VPS o la oficina de mi médico puedan contactarme más adelante para determinar los resultados del embarazo. Autorizo a mi médico y laboratorios asociados a compartir resultados de pruebas de sangre y otra información médica relevante necesaria para asistir en la interpretación del ultrasonido.

Imágenes Adicionales y Costos

Entiendo que el ultrasonido obstétrico puede requerir métodos de imagen adicionales, incluyendo:

- Ultrasonido 3D
- Escaneos transvaginales
- Estudios Doppler

Estos servicios adicionales pueden generar cargos adicionales de seguro. También pueden aplicarse cargos por pruebas de sangre y consultas si es médicamente indicado.

Acuerdo y Reconocimiento

Al firmar a continuación, entiendo y acepto lo siguiente:

- Doy permiso a **Valley Perinatal Services (VPS)** para proporcionar mi atención médica, incluyendo pruebas, tratamientos y derivaciones.
- Soy responsable de cualquier costo no cubierto por mi seguro. Autorizo a VPS a facturar a mi seguro y recibir el pago directamente.
- Entiendo la Política de No-Show y Cancelación y que puedo ser cobrado \$25 por ausencias o cancelaciones tardías.
- He recibido o puedo acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica cómo se utiliza mi información de salud.
- Acepto que VPS pueda contactarme por teléfono, texto o correo electrónico (incluyendo mensajes automatizados) para citas, facturación y actualizaciones de atención.
- Autorizo a VPS a acceder a mi historial de medicación y compartir o solicitar mis registros médicos, incluida información sensible, cuando sea necesario para mi atención.
- He sido informado sobre mis Derechos y Responsabilidades como Paciente y acepto seguir las políticas de la oficina.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente (si aplica): _____