



**OAK
STREET
HEALTH**

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

EN MI NOMBRE O DE OTRO PACIENTE NOMBRADO A CONTINUACIÓN, RECONOZCO Y ACEPTO LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTE FORMULARIO. CUALESQUIERA CAMBIOS O MODIFICACIONES A ESTE FORMULARIO NO SON VINCULANTES PARA OAK STREET HEALTH Y / O SUS CENTROS AFILIADOS (EN LO SUCESIVO, CONJUNTA O SEPARADAMENTE, DENOMINADOS COMO "OAK STREET").

Consentimiento general para recibir tratamiento: solicito que me proporcionen servicios de atención médica (o al paciente nombrado a continuación) en Oak Street. Doy mi consentimiento de forma voluntaria a todos los tratamientos médicos y servicios relacionados con la atención médica que Oak Street considere necesarios para mí (o para el paciente nombrado a continuación).

Consentimiento a los servicios telemédicos (Tele-Health Services en inglés): Entiendo que Oak Street puede proporcionar ciertos servicios mediante una tecnología telemédica remota (tele-health), que incluye, entre otros, servicios de salud del comportamiento. Tales servicios telemédicos involucran a un proveedor médico que se ubica en un sitio distinto a mi ubicación en el momento del servicio y, por lo tanto, a menudo implica la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos. El proveedor médico que proporciona este servicio determinará si la condición que se diagnostica o se trata es un caso apropiado para los servicios telemédicos, y entiendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento o receta médica.

Responsabilidad financiera y cesión: Sujeto a la ley aplicable y la Política de Asistencia Financiera de Oak Street, y en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o al paciente nombrado a continuación), acepto ser financieramente responsable y estar obligado a pagar a Oak Street las cantidades debidas por el paciente

Cesión de beneficios / Obligados solidarios: en consideración de todos los servicios de atención médica prestados o a punto de ser prestados a mí (o al paciente nombrado a continuación), cedo a Oak Street todos los derechos, títulos e intereses en y destinados a cualquier beneficio de terceros debidos por todas y cada una de las pólizas de seguro y/u obligados solidarios de un monto que no exceda los cargos comunes y habituales de Oak Street por los servicios de atención médica prestados. Autorizo dichos pagos a las compañías de seguros aplicables, obligados solidarios y cualquier otra persona. Doy mi consentimiento a cualquier solicitud de revisión o apelación por Oak Street para impugnar una determinación de beneficios realizada por un obligado solidario.



**OAK
STREET
HEALTH**

Uso y divulgación de información de Salud: He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Oak Street. El Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo Oak Street puede usar y divulgar información médica confidencial que me identifique (o al paciente nombrado a continuación). Doy mi consentimiento para que Oak Street use y divulgue mi información médica (o la información del paciente nombrado a continuación) tal como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Consentimiento del paciente para recibir atención crónica (Chronic Care Management o CCM por sus siglas en inglés): He recibido el consentimiento de Oak Street para los servicios de atención crónica y doy mi consentimiento/no doy mi consentimiento a Oak Street para proporcionarme tales servicios de atención crónica como se describe en el formulario de Consentimiento CCM.

Consentimiento para recibir mensajes / llamadas pregrabadas: doy mi consentimiento para recibir, por celular y / u otros números telefónicos que se proporcionen a Oak Street en este formulario o que se actualizan en un momento posterior, mensajes de texto y / o llamadas telefónicas u otras comunicaciones que utilicen voces en vivo, artificiales o pregrabadas, sistemas de marcado automático o cualquier otra tecnología asistida por computadora de Oak Street u otros terceros que puedan actuar en su nombre. Dichos mensajes de texto y / o llamadas telefónicas pueden estar relacionados con cualquier propósito, incluyendo mi cuenta y / o la atención prestada. Entiendo que este consentimiento no es necesario para recibir servicios de Oak Street o de cualesquiera de las otras personas autorizadas a llamarme y que pueden aplicar cargos por uso de datos, entre otros. Puedo revocar mi consentimiento a estas comunicaciones en cualquier momento.

Consentimiento para la toma de fotografías: Por medio del presente doy mi consentimiento y otorgo a Oak Street el derecho y la autoridad para fotografiar y / o grabar mi imagen y mi voz, lo cual podría ocurrir en relación con mi diagnóstico y tratamiento y acepto que una vez que se tomen dichas imágenes y / o grabaciones, pasarán a ser propiedad de Oak Street.

RECONOCIMIENTO / RECIBO DE TODOS LOS FORMULARIOS ARRIBA

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ESTOY INDICANDO QUE HE REVISADO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LOS TÉRMINOS DESCRITOS ARRIBA.

<p>_____</p> <p>Firma del paciente o parte responsable</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>
<p>_____</p> <p>Nombre impreso del paciente (o parte responsable si no es el paciente)</p>	<p>_____</p> <p>Relación entre la parte responsable y el paciente</p>