



Para ayudarnos a brindarle la mejor atención, en Health Service Alliance (HSA) necesitamos conocerlo y pedirle que complete este formulario lo mejor que pueda. Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor pida ayuda a nuestro personal.

Sr. La Sra. Sra. _____
Apellido Nombre Primer Nombre Nombre Preferido

Dirección postal/ Ciudad / Estado/ de código postal Correo electrónico

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: Hombre Mujer Transgénero Otros: _____

Información de contacto: Casa / Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____
Aceptar texto / correo de voz / correo electrónico: Sí No

Seguridad Social # _____ Marital : Soltero Casados Separados Divorciados Viudos
Separados ____ Otros: _____

Identificación racial/étnica : Hispano/Latino Asiático Isleño del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska
Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Otro: _____

Idioma preferido: Inglés español cantonés Mandarín Tagalog vietnamita Otro: _____

Persona para contactar en caso de una emergencia: Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono#: _____ Correo electrónico: _____

Ingreso mensual total: _____ Número total de personas en su hogar: _____

Seguro de salud: Ninguno; Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Razón para buscar atención: Salud médica conductual Otros: _____

Preferido Farmacia: _____

Hospital preferido/Fecha de la estancia hospital reciente: _____

Historia social- Por favor, marque todas las casillas que se aplican. Si no se siente cómodo respondiendo, vaya a la siguiente sección.

Historial de salud conductual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No; en caso afirmativo ¿Alguna vez ha experimentado/buscado tratamiento para: <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias Los demás: _____	Highest nivel de la escuela que completó: <input type="checkbox"/> Menos de grado 12 Diploma de escuela secundaria / GED <input type="checkbox"/> universidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Certificación profesional <input type="checkbox"/> Otros: _____
Dificultad para abordar las necesidades básicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> finanzas alimentarias vivienda Transporte <input type="checkbox"/>	Historial de encarcelamiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Actualmente en libertad condicional <input type="checkbox"/> Actualmente en libertad condicional <input type="checkbox"/> Descargado

<input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Discapacidad/Asistencia Necesaria: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con las rutinas diarias <input type="checkbox"/> Necesita ayuda con la movilidad Necesita ayuda con la lectura / <input type="checkbox"/> escritura <input type="checkbox"/> Los demás:	Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado Otros: Servicio militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> dado de alta
Violencia doméstica/víctima de delito: <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>	Preocupaciones de seguridad con el entorno de vida actual <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/>

Sí No- Me gustaría hablar con el personal de HSA sobre posibles recursos para cualquiera de las inquietudes anteriores.

Acuse de recibo- Por favor, marque la casilla correspondiente:

- He llenado este formulario lo mejor que he podido y no tengo preguntas sobre este formulario, o
- He llenado este formulario lo mejor que he podido, pero necesito ayuda para entender algunas de las palabras o preguntas en este formulario. Seguiré con el personal de la HSA y/o el médico tratante para obtener respuestas a mis preguntas.

Nombre del paciente: Imprimir Nombre: _____ Firma: _____
Fecha: _____

El paciente no puede dar su consentimiento al tratamiento debido a:

El paciente es un adulto, pero carece de capacidad para dar su consentimiento; el consentimiento será firmado por el responsable designado de la toma de decisiones según lo indicado por el paciente, el poder notarial del paciente / instrucciones anticipadas o el curador designado por el tribunal. Se solicitará una copia del poder notarial / instrucciones anticipadas o curatela y se colocará en el registro del paciente.

El paciente es menor de edad y no cumple con ninguna de las siguientes categorías legales para hacer su propio consentimiento:

- El paciente no está emancipado por orden judicial
- El paciente no tiene 15 años o más y no puede demostrar autosuficiencia
- El paciente no es militar activo
- El paciente nunca se ha casado
- El paciente no tiene 12 años o más y busca atención para la atención de pregnancy o la interrupción del embarazo, enfermedades ommunicable, sasalto exual / violación, mental health, o drug/aabuso delcohol.

Si el paciente no puede firmar este formulario o no toma sus propias decisiones, escriba el nombre de la persona que actúa en nombre del paciente y firme a continuación.

Nombre de la persona que actúa en nombre del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: Fecha: _____

Solo para el personal:

1. Si el paciente ha marcado alguna casilla en la historia social, por favor verifique con el paciente si desea speak con el personal sobre los recursos de la comunidad y consulte la gestión de casos según corresponda.
2. Si el paciente no puede dar su consentimiento, por favor pida una copia del documento de poder notarial de atención médica si se completa o una copia de la orden de la corte si el paciente tiene un curador.
3. Si el paciente es menor de edad y puede dar su consentimiento bajo los requisitos legales para la emancipación, por favor solicite una copia de la orden judicial u otra documentación.
4. Si el paciente es menor de edad y puede dar su consentimiento bajo los requisitos legales para la autosuficiencia, por favor haga que el mini complete y firme el formulario para "Menor autosuficiente" (disponible en formularios de HSA o en el Manual de Consentimiento de la Asociación de Hospitales de California).

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LOS SERVICIOS HSA REV 5/2019
(Acknowledgement and Consent for HSA Services)

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

La misión de la Alianza de servicio de salud (HSA) es proporcionarle servicios de atención médica de calidad, salud conductual y administración de casos. Nuestro objetivo es garantizar que todos los miembros de nuestra comunidad reciban atención de una manera que satisfaga mejor sus necesidades, independientemente de su religión, etnia, raza o género. Para ayudarle a servirle mejor, estamos obligados a proporcionarle cierta información y pautas. Por favor, lea la siguiente información y cada sección inicial. Si necesita ayuda para entender esta información, nuestro personal estará encantado de atenderle.

_____ **Iniciación de los servicios**-acepto proporcionar la información solicitada al personal de la HSA para ayudarles a mejorar entender mis necesidades y cooperar a lo mejor de mi capacidad con recomendaciones de cuidado.

_____ **Admisiones hospitalarias/visitas de urgencias**-acepto notificar a HSA cada vez que busco atención en un hospital y voy a proporcionar a mi médico de la HSA copias de los registros de mi hospital.

_____ **Confidencialidad**-entiendo que toda mi información, incluida mi información de atención médica, será mantenerse privado y confidencial a menos que proporcione autorización por escrito para que se comparte con otra persona, excepto cuando mi información debe ser liberada por razones legales. Estas razones incluyen:

- Una orden judicial requiere que HSA libere información;
- Estoy en peligro de auto-daño o de dañar a otros;
- Soy una posible víctima de abuso o negligencia.

_____ **Confidencialidad-abuso de sustancias y/o registros de salud conductual**: entiendo que esta clínica ofrece una variedad de servicios y debido a esto, el personal puede ver todos mis registros como parte de proporcionar un cuidado completo del alcance. Si tengo preguntas/inquietudes con respecto a esta práctica, voy a discutir esto con mi proveedor.

_____ **Aviso de prácticas de privacidad**-me han proporcionado un aviso de prácticas de privacidad que explica en mayor detalle mis derechos a la privacidad y cómo puedo acceder a mis registros. El personal de HSA ha respondido a mi Preguntas sobre este aviso de privacidad, y estoy de acuerdo con la publicación de mi información en mi plan de salud con el propósito de reclamos de facturación, certificación, gestión de casos, mejora de la calidad, beneficio Administración y otros fines conexos.

_____ **Descargo de responsabilidad por correo electrónico**-entiendo que, si proporciono HSA con mi dirección de correo electrónico, estoy autorizando este como una forma de comunicar información médica a mí, mis representantes y otros cuidados de la salud proveedores involucrados en mi caso. Si elijo no permitir este tipo de comunicación, proporcionaré un notificación por escrito para prohibirlo.

_____ **Acceso de emergencia**-HSA tiene médicos después de horas disponibles para manejar emergencias. Me entender que mi proveedor discutirá los procedimientos después de la hora conmigo y para que amenacen la vida emergencias, llamaré al 9-1-1 o iré a la sala de emergencias más cercana.

_____ **Términos financieros/cobertura de seguro y copagos**-entiendo que yo pueda ser responsable de obtener la autorización del seguro, si es necesario, para mi tratamiento, así como para los copagos y deducibles. HSA me asistirá si no entiendo qué pasos tengo que tomar y responderé mis preguntas sobre la cobertura.

_____ **Cancelaciones y citas perdidas**-entiendo que HSA hace todo lo posible para acomodar mi horario proporcionando horarios de citas y recordatorios. Si no cancelo mi citas al mediodía del día antes de mi cita, me

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LOS SERVICIOS HSA REV 5/2019
(Acknowledgement and Consent for HSA Services)

pueden cobrar por esta cancelación. Me entiendo además que mi seguro no cubrirá los gastos de cancelación. Si pierdo repetidamente citas, HSA discutirá conmigo si una derivación a otro proveedor puede ser más apropiado para mí.

_____ **Honorarios por papeleo**-puedo tener documentos que necesitan ser completados por un proveedor de atención médica, y yo entiendo que puede haber una tarifa por esta solicitud. Reconozco que esta es una parte normal de hacer negocio y acepto pagar los honorarios esperados.

_____ **Directiva anticipada y/o POLST**-entiendo que es importante tener mis deseos de atención médica en Escritura debería enfermarse demasiado para comunicarlas verbalmente. He proporcionado esta documentación a el personal de HSA para mis registros. Si no tengo una directiva anticipada o POLST, se me proporcionará Educación adicional con respecto a esto a menos que rechace específicamente la educación adicional.

_____ **Administración de medicamentos**-le he proporcionado a HSA el nombre de una farmacia preferida para mi recetas y acepto tomar sólo medicamentos (prescritos o sobre el mostrador) y/o sustancias controladas como se recomienda. Reconozco que, si necesito una recarga, voy a solicitar esto al menos con 5 días de anticipación, y esto solo puede proporcionarse con autorización del médico y si tengo un acercándose a la próxima cita. Además, algunas recetas no pueden ser llamadas y sólo pueden ser proporcionada en mi visita a la oficina. Entiendo que, si estoy buscando tratamiento para ayudar con el uso de sustancias o Administración de medicamentos, estos requieren citas programadas regularmente para tener éxito con mi Plan de tratamiento y voy a mantener estas citas a lo mejor de mi capacidad. (Para los pacientes que buscan tratamiento para sustancias controladas, consulte el formulario "acuerdo de sustancias controladas").

_____ **Recomendaciones que requieren autorización:** HSA reconoce la importancia de la atención oportuna, que puede incluir pruebas y tratamientos que necesitan la aprobación de mi seguro. Entiendo que este proceso puede tomar varios días en orden para mi seguro para revisar mis necesidades médicas. Además, entiendo que HSA me mantendrá actualizado con respecto a este proceso y responder a cualquier pregunta que pueda tener.

_____ **Apelaciones y quejas**-tengo el derecho de apelar a través de mi seguro cuando mi atención no está certificada para la cobertura, y que no hay penalización para mí en el ejercicio de este derecho. También me entiendo que puedo presentar una queja a HSA o a mi seguro en cualquier momento que quiero presentar un queja con respecto a mi cuidado. Además, entiendo que puedo contactar al Departamento de California de Atención médica administrada en 800-400-0815 para quejas sobre mi seguro gestionado o reclamos con respecto a una apelación. Si no tengo un plan de seguro gestionado, también puedo llamar al departamento local de Salud pública con respecto a mis quejas o inquietudes con respecto a la atención-909-383-4777.

_____ **Consentimiento para la coordinación con la compañía de seguros**-autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros según sea necesario para la cobertura de mis servicios de atención médica en HSA. Además, autorizar el uso de mi firma para presentar reclamos de seguro y autorizar a mi seguro para emitir el pago a HSA y sus proveedores de servicios prestados.

_____ **Consentimiento para la evaluación/trabajo de diagnóstico**-up y tratamiento-autorizo y solicito mi proveedor de atención médica o de salud conductual para proporcionar todos los servicios de diagnóstico y tratamiento necesarios. que mejor satisfagan mis necesidades. Entiendo que, durante el transcurso de mi tratamiento, mi proveedor le explicarme todos los procedimientos y que están sujetos a mi acuerdo. además, entiendo que, mientras que mi tratamiento está destinado a ser útil, la respuesta de cada paciente al tratamiento puede ser diferente, y los resultados del cuidado pueden variar.

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LOS SERVICIOS HSA REV 5/2019
 (Acknowledgement and Consent for HSA Services)

<p>* El paciente es un adulto que:</p> <p><input type="checkbox"/> toma decisiones propias</p> <p><input type="checkbox"/> es incapaz de tomar decisiones y el siguiente pariente toma decisiones en su nombre:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Tiene una directiva de poder notarial/anticipada que designa el siguiente agente para las decisiones y se ha proporcionado una copia a HSA:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Tiene un tribunal nombrado conservador que toma decisiones y una copia de la orden de la corte se ha proporcionado a HSA.</p> <p>* Consulte el manual de consentimiento de CHA para obtener detalles adicionales sobre las reglas de consentimiento para menores y adultos incapacitados.</p>	<p>* El paciente es un menor y no puede dar su consentimiento. El consentimiento será roporcionado por:</p> <p><input type="checkbox"/> padre (biológico o adoptado-excluye el padre de paso) si los padres están divorciados, el padre ha proporcionado copia de la orden de custodia.</p> <p><input type="checkbox"/> Padre adoptivo o trabajador social del Condado; copia de la orden judicial proporcionada.</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal ordenó guardián; copia de la orden judicial proporcionada.</p> <p>El paciente es un menor de edad y es capaz de dar su consentimiento de la siguiente manera:</p> <p><input type="checkbox"/> Pt tiene 12 años o más está buscando atención o prevención de una enfermedad contagiosa, atención por violación/agresión sexual, tratamiento de abuso de alcohol/drogas o tratamiento de salud mental.</p> <p><input type="checkbox"/> PT está casado o casado previamente.</p> <p><input type="checkbox"/> PT es emancipado por orden de la corte y tiene una tarjeta de identificación del DMV.</p> <p><input type="checkbox"/> Pt tiene 15 años o más y es autosuficiente, no vive con la familia y gestiona asuntos propios.</p> <p><input type="checkbox"/> PT está tratando de prevenir o tratar el embarazo (excluye la esterilización) o el aborto.</p> <p><input type="checkbox"/> PT es servicio activo con los militares.</p>
---	---

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

HSA Testigo _____

Fecha: _____

HEALTH SERVICE ALLIANCE

Chino Valley Community Health Center
13193 Central Ave.
Chino, CA 91710
Phone: 909-464-9675
Fax: 909-590-3898

Montclair Community Health Center
5050 San Bernardino Street
Montclair, CA 91763
Phone: 909-281-5800
Fax: 909-281-5858

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA

A partir del 1 de Diciembre de 2018, debido a los altos volúmenes de pacientes, estamos iniciando una nueva política para las citas perdidas. Se agregará un cargo de \$25.00 a su cuenta por cada cita que no pueda cancelar dentro de las 24 horas o si no se presenta.

Entiendo que si no llamo al menos 24 horas antes de mi cita programada, se me cobrará \$25.00 por cada cita perdida. Además, seré responsable de pagar en su totalidad todos esos cargos.

Firma Del Paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente

Fecha

HEALTH SERVICE ALLIANCE

Chino Valley Community Health Center
13193 Central Ave.
Chino, CA 91710
Phone: 909-464-9675
Fax: 909-590-3898

Montclair Community Health Center
5050 San Bernardino Street
Montclair, CA 91763
Phone: 909-281-5800
Fax: 909-281-5858

FECHA: _____

Yo, _____ doy mi autorización a Chino Valley Family Physicians para dar mi información personal médica a miembros de mi familia inmediata

1. _____ relación con paciente: _____ # tele: _____
2. _____ relación con paciente: _____ # tele: _____
3. _____ relación con paciente: _____ # tele: _____

También deseo ser contactado de la manera siguiente (marché todos los que aplican)

Teléfono de casa: _____

- Dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con número para llamar solamente

Numero del Trabajo: _____

- Dejar mensaje con información detallada
- Dejar mensaje con número para llamar solamente

Comunicación por escrito

- A mi dirección de casa

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Firma de testigo: _____ Fecha: _____

HEALTH SERVICE ALLIANCE

Chino Valley Community Health Center
13193 Central Ave.
Chino, CA 91710
Phone: 909-464-9675
Fax: 909-590-3898

Montclair Community Health Center
5050 San Bernardino Street
Montclair, CA 91763
Phone: 909-281-5800
Fax: 909-281-5858

Consentimiento de Gestión de Atención Crónica

Estoy de acuerdo en permitir Health Service Alliance (HSA) para proporcionar de vido a Chronic Care Management (CCM) servicios y ser designado como mi CCM proveedor. También entiendo que, de vez en cuando, otros médicos pueden brindarme servicios bajo este consentimiento y recibiré mi información médica de manera electronica de parte de mi CCM proveedor a través de un Sistema informático.

Entiendo que solo un medico puede brindarme servicios cada mes y que es posible que tenga que pagar un cargo mensual por copago.

Entiendo que estos servicios incluirán, pero no pueden limitarse a:

- Consulta y orientación en el manejo de mis enfermedades crónicas para que pueda estar lo más saludable posible,
- Revisando mis medicamentos y respondiendo cualquier pregunta que pueda tener,
- Ayudando a programar visitas al consultorio, pruebas y otros recursos necesarios según lo recomendado y ordenado por me médico,
- Recibir un plan de atención con objetivos personales de salud,
- Compartir mi plan de atención con otros medicos o proveedores que veo y con el personal que está ayudando con mi atención, y,
- Trabajar estrechamente con la salud en el hogar y otros recursos de atención médica en mi área.

Entiendo que puedo interrumpir los servicios a fin de mes contactando la oficina de mi proveedor por teléfono. Si elijo detener CCM servicios, Entiendo que ya no recibiré estos servicios de mi CCM proveedor, pero esto no tendrá ningún efecto en mis servicios de atención primaria habituales.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Nombre/Relación del representante de pacientes si el paciente no puede consentir

Firma- Paciente o representante del paciente

Fecha

HSA Personal/Proveedor firma de testigo

Fecha

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Phone: H) _____ Phone: W) _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

Please Note: Copy Fee May Be Charged For Medical Records

Above listed patient authorizes the following healthcare facility to make record disclosure:

Facility Name: _____ Facility Phone: _____

Facility Address: _____ Facility Fax: _____

City, ST, Zip: _____

Dates and Type of information to disclose:

- 2 years prior from last date seen
- Dates Other: _____
- Specific Information Requested: _____

The purpose of disclosure is:

- Change of Insurance or Physician
- Continuation of Care (e.g., VA Med Ctr)
- Referral
- Other _____

RESTRICTIONS: Only medical records originated through this healthcare facility will be copied unless otherwise requested. This authorization is valid only for the release of medical information dated prior to and including the date on this authorization unless other dates are specified.

I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

This information may be disclosed and used by the following individual or organization:

Release To: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Please mail records.

Fax: _____

Phone: _____

Please fax records.

I understand I may revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. **Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition:** _____

If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire 1 year from the date signed.

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the authorized individual or organization making disclosure.

I have read the above foregoing Authorization for Release of Information and do hereby acknowledge that I am familiar with and fully understand the terms and conditions of this authorization.

X _____
Signature of Patient / Parent / Guardian or Authorized Representative
(Guardian or Authorized Representative must attach documentation of such status.)

_____ **Date**

_____ Printed name of Authorized Representative

_____ Relationship / Capacity to patient

_____ Address and telephone number of authorized representative



HEALTH SERVICE ALLIANCE (HSA)

Chino Valley Community Health Center
13193 Central Ave., Chino, 909-464-9675
Montclair Community Health Center
5050 San Bernardino St., Montclair, 909-281-5800

Consentimiento Para Servicios de Telesalud 03262020

Telesalud es el tratamiento remoto a través del uso de tecnología que incluye teléfono (audio), textos, correos electrónicos y plataformas audiovisuales para proporcionar servicio de atención médica para mejorar el funcionamiento del paciente/cliente identificado, por un proveedor con licencia. Debido al hecho de que la seguridad y confidencialidad de la mayoría de la tecnología no puede estar absolutamente garantizada, se han adoptado las siguientes directrices para proporcionar salvaguardias para los pacientes/clientes de HSA:

1. HSA utilizará tecnología que cumpla con HIPAA siempre que sea posible.
2. HSA se toma este tiempo para notificar al paciente/cliente que si bien existe cierto riesgo para la confidencialidad de la sesión en virtud del uso de la tecnología como medio de nombramiento, no se están realizando divulgaciones o grabaciones voluntarias/intencionales del Consentimiento para servicios de telesalud sesión.
 - a. Todas las normas y reglamentos de confidencialidad anteriores siguen vigentes independientemente de la modalidad de tratamiento.
3. HSA se asegurará de que el personal y el paciente/cliente estén capacitados/informados sobre el uso de la tecnología y las prácticas seguras.
 - a. La plataforma utilizada para la sesión se acuerda antes de la sesión programada; y todo el equipo necesario (como teléfono, computadora, teléfono inteligente, etc.) está situado antes de la sesión programada.
4. Se tomarán todas las medidas razonables para proteger la privacidad y confidencialidad de las sesiones de telesalud.
 - a. Se informa a los pacientes/clientes que es importante estar en un espacio tranquilo y privado que esté libre de distracciones durante la sesión.
 - b. Es importante utilizar una conexión segura a Internet en lugar de una conexión WiFi pública/gratuita.
 - c. Está prohibido el uso de cualquier forma de redes sociales durante las sesiones.
5. HSA seguirá todas las regulaciones, leyes y normas comunitarias aplicables cuando se trata del uso de la telesalud y los derechos del paciente/cliente.
 - a. HSA hará todos los esfuerzos razonables para verificar la identidad del paciente en cada sesión.
6. HSA evaluará la capacidad del paciente/cliente para participar eficazmente en cada sesión.
 - a. El proveedor, puede determinar, que debido a ciertas circunstancias, la telesalud ya no es apropiada y que las sesiones deben reanudarse en formato presencial.
7. HSA reconoce los riesgos y beneficios de la telesalud:

- a. Los riesgos incluyen fallas técnicas y la falta de interacción personal y la práctica de la capacitación en tiempo real;
 - b. Los beneficios incluyen comodidad, mayor acceso a la atención y programación más flexible
8. HSA reconoce los posibles riesgos y, por lo tanto, solicita que los pacientes proporcionen siempre un número de teléfono de emergencia/respaldo donde se pueda llegar si están desconectados, así, como información sobre su ubicación física.
- a. El paciente también recibirá información de contacto del proveedor en caso de desconexión.
 - b. HSA mantendrá un plan de seguridad que incluye al menos un contacto de emergencia y la sala de emergencias más cercana a la ubicación del paciente/cliente, en caso de una situación de crisis.
9. HSA mantendrá un cronograma de citas de telesalud. En caso de que las citas deban cambiar o cancelarse, se debe hacer una comunicación de dicha acción.
10. Si el paciente no es un adulto, HSA necesitará el permiso del padre o tutor legal (y su información de contacto) para que el paciente/cliente participe en sesiones de telesalud.

La firma a continuación indica que se me ha proporcionado la información antes mencionada, la entiendo y estoy de acuerdo.

Nombre del paciente/cliente	Nombre del proveedor
Firma paciente/cliente	Firma del proveedor
Fecha	Fecha
Nombre del Representante Legal / Guardián	Firma de dicho representante
(Si el paciente/cliente no puede dar su consentimiento para sí mismo)	Fecha