

EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario de consentimiento, entiendo que me estoy inscribiendo en **Bluebird Home Health, LLC™**, conocido como proveedor de servicios de Virtual Healthcare. El proveedor de servicios lleva a cabo la gestión de cuidados crónicos, la gestión de cuidados principales, la gestión de cuidados de transición, los servicios de bienestar mental y los servicios de atención médica virtual/en persona. Estos datos se comparten con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el asegurador de salud del miembro inscrito y/o la compañía de seguros suplementarios.

- ☐ **CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO:** Doy permiso para que se realicen los siguientes servicios en función del plan de atención que se me recomienda. Entiendo que puedo darme de baja en cualquier momento.
- ☐ **CONSENTIMIENTO DE LA PARTE RESPONSABLE:** Doy permiso para que se realicen los siguientes servicios en función del plan de atención que se recomienda para el miembro que estoy inscribiendo. Entiendo que puedo dar de baja al miembro en cualquier momento. En nombre de _____

Si / No	El servicio	La descripción
	Monitoreo remoto del paciente	Monitoreo y soporte de vitalicios / biomarcadores
	Servicios de Bienestar Mental	Exámenes y terapia de salud mental
	Gestión de la atención principal	Manejo de 1 condición crónica
	Gestión de cuidados crónicos	Manejo de 2 o más afecciones crónicas
	Servicios de atención sanitaria virtuales/en persona	Visitas de atención médica virtuales o en persona por parte de un proveedor médico en apoyo de su equipo de atención médica existente.
	Monitorización Terapéutica Remota	Monitoreo de Medicamentos/Medio Ambiente

☐ **CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO**

☐ **CONSENTIMIENTO DEL RESPONSABLE**

Nombre del miembro (Por favor imprimir)	Fecha de nacimiento del miembro
Nombre de la parte responsable	Relación con el miembro
Firma	Fecha
Correo electrónico	Teléfono

NOTA: Se recomienda a los miembros y/o a sus cuidadores familiares que se comuniquen inmediatamente con el 911 para cualquier emergencia médica.

Acuerdo de distribución y uso compartido de datos

Entiendo que **Bluebird Home Health, LLC™** cumple con las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y nunca se divulgará información médica sin el consentimiento del miembro. Entiendo que puedo revocar este consentimiento mediante solicitud por escrito, en cualquier momento. Si se revoca, todas las partes entienden que toda la información divulgada antes de ser notificada de dicha revocación se realizó con mi consentimiento. También entiendo que tengo el derecho de restringir la divulgación de información específica en mi registro médico. También entiendo que mi solicitud puede ser denegada, si dicha información es requerida para operaciones de atención médica, que incluyen, pero no se limitan a, funciones de revisión del proveedor, procesamiento y pago de reclamaciones, y evaluación de la calidad. Este consentimiento es en respuesta a las leyes federales que requieren consentimiento para el procesamiento de seguros.

La restricción	

- ☐ **CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO:** Autorizó el consentimiento para la divulgación de mis registros médicos anteriores.
- ☐ **CONSENTIMIENTO DE LA PARTE RESPONSABLE:** Autorizó el consentimiento para la divulgación de los registros médicos anteriores del miembro inscrito.

Nombre	Firma	Fecha

Acuerdo de distribución y uso compartido de datos continuación

- ☐ **CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO:** Autorizo al proveedor de servicios a usar mi información no identificada en un conjunto de datos limitado que incluye los siguientes identificadores: Fechas, como admisión, alta, servicio y fecha de nacimiento (DOB), Ciudad, estado y código postal (no dirección), Edad, Cualquier otro código único o identificador que no figure como identificador directo. Entiendo que un conjunto de datos limitado puede ser revelado a una parte externa sin la autorización de un paciente sólo si el propósito de la divulgación es para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica y la persona o entidad que recibe la información firma un acuerdo de uso de datos (DUA) con la entidad cubierta o su socio comercial.
- ☐ **CONSENTIMIENTO DE LA PARTE RESPONSABLE:** Autorizo al proveedor de servicios a utilizar la información no identificable del miembro inscrito en un conjunto de datos limitado que incluye los siguientes identificadores: Fechas, como admisión, alta, servicio y fecha de nacimiento (DOB), Ciudad, estado y código postal (no dirección), Edad, Cualquier otro código único o identificador que no figure como identificador directo. Entiendo que un conjunto de datos limitado puede divulgarse a una parte externa sin la autorización de un paciente o parte responsable solo si el propósito de la divulgación es para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica y la persona o entidad que recibe la información firma un acuerdo de uso de datos (DUA) con la entidad cubierta o su socio comercial.

Nombre	Firma	Fecha

Acuerdo de distribución y uso compartido de datos continuación

- ☐ **CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO:** Permito que el Proveedor de servicios se comunique con mis médicos, contactos de emergencia e individuos enumerados a continuación para solicitar cualquier información médica relevante en mi nombre. Esto incluye compartir mis datos con mi médico, si es médicamente necesario.
- ☐ **CONSENTIMIENTO DE LA PARTE RESPONSABLE:** Permito que el Proveedor de Servicios se comunique con los Médicos, Contactos de Emergencia e Individuos del miembro inscrito que se enumeran a continuación para solicitar cualquier información médica relevante. Esto incluye compartir datos con el médico del miembro inscrito, si es médicamente necesario.

Nombre	Firma	Fecha

Contacto	La relación	Teléfono/Fax/Correo electrónico