

## CONSENT AND UNDERSTANDING

This consent is required by the New Mexico Department of Health (NMDOH) in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 to inform you of your rights for privacy with respect to your health care information.

### Consent Related to Privacy Notice:

I have had a chance to review the Practice Privacy Notice as part of this registration process. I understand that the terms of the Privacy Notice may change and I may obtain these revised notices by contacting the practice by phone or in writing. I understand I have the right to request how my protected health information (PHI) has been disclosed. I also have the right to restrict how this information is disclosed, but this practice is not required to agree to my restrictions. If it does agree to my restrictions on PHI use, it is bound by that agreement.

### Consent for Care :

I, with my signature, authorize the Public Health Office of the NMDOH, and any employee working under the direction of the physician, to provide medical care for me, or to this patient for which I am the legal guardian. This medical care may include services and supplies related to my health (or the identified person) and may include (but not be limited to) preventive, diagnostic, therapeutic, rehabilitative, maintenance, palliative care, counseling, assessment or review of physical or mental status/function of the body and the sale or dispensing of drugs, devices, equipment or other items required and in accordance with a prescription. This consent includes contact and discussion with other health care professionals for care and treatment.

### Consent for Telehealth:

Telehealth (where a healthcare provider uses videoconferencing or telephones from another site to provide care) may be used to provide and support health care delivery, diagnosis, consultation, treatment, transfer of medical data, and education. Electronic systems used will incorporate network and software security protocols to protect the confidentiality of patient identification and imaging data and will include measures to safeguard the data. (Please initial):

\_\_\_\_\_ I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of medical information also apply to telehealth.

\_\_\_\_\_ I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telehealth at any time during the course of my care without affecting my right to future care or treatment.

\_\_\_\_\_ I understand that I am responsible for safeguarding my own personal information by being in a private location during a telehealth/telephonic visit, and not recording my telehealth visit (unless using emocha ®).

### Consent for Release of Information and Assignment of Benefits:

I also authorize this practice to furnish information to the identified insurance carrier(s) for any and all payment activities. I consent to assign all payments for services directly to this practice. I further consent to the use for any practice operational needs as identified in the Practice Privacy Notice.

### Financial Policy:

We appreciate you choosing us for your healthcare. We will adhere to the following financial policy in order to consistently deliver high quality care and services. The patient/responsible party assumes responsibility to ensure that the financial obligation is fulfilled for the health care services received.

I understand that I am responsible for all co-payments, amounts applied to deductibles, and other amounts that may be deemed my responsibility by the payment sources, as required by my contract with my insurance plan and state regulations.

- I understand that if I have an insurance co-payment, I am expected to make payment when checking in for my appointment.
- I understand that my contract with my insurance entity may or may not cover some services. All insurance policies are not the same. They vary by employer group. It is my responsibility to verify applicable coverage prior to receiving the services. For example, not all health plans include screenings as a benefit. If I seek care outside of the contract terms, I am aware that I may be responsible for all charges that are incurred.

Thank you for your understanding and cooperation with this policy. It is our privilege to provide your medical care.

I have read and understand the Consents and Financial Policy stated above and agree to accept full responsibility as described above.

---

Patient/Responsible Party

Date

Patient name if different from Responsible Party: \_\_\_\_\_

Revised: April 2022 by NMDOH

## CONSENTIMIENTO Y ENTENDIMIENTO

Este consentimiento es requerido por el Departamento de Salud de Nuevo México (NMDOH) con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996.

### Consentimiento Relacionado con la Notificación de Privacidad:

He tenido la oportunidad de revisar la Notificación de Práctica de Privacidad como parte del proceso de registro. Entiendo que los términos en la Notificación de Privacidad pueden cambiar y que puedo obtener dichos cambios contactando la práctica por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo el derecho de solicitar cómo mi información de salud protegida (PHI) ha sido divulgada. También tengo el derecho de restringir cómo dicha información será divulgada, pero esta práctica no es requerida que esté de acuerdo con mis restricciones. Si no está de acuerdo con las restricciones del uso de mi PHI, está obligada por este acuerdo.

### Consentimiento para el Cuidado:

Yo, con mi firma, autorizo a la Oficina de Salud Pública de NMDOH, y a cualquiera de sus empleados trabajando bajo la dirección de un médico, a proveer cuidado médico a mi persona, o al paciente del cual soy guardián legal. Este cuidado médico puede incluir servicios y suministros relacionados con mi salud (o el de la persona identificada) y puede incluir (pero no limitado a) cuidado preventivo, diagnóstico, terapéutico, rehabilitativo, de seguimiento, paliativo, consejería, evaluaciones o verificación del estado/función físico o mental del cuerpo y la venta o despacho de drogas, aparatos, equipo u otras cosas necesarias y en conformidad con una receta médica. Este consentimiento incluye contacto y discusión con otros profesionales de la salud para cuidado y tratamiento.

### Consentimiento para Telemedicina:

Telemedicina (donde un proveedor del cuidado de la salud utiliza videoconferencia o teléfono, desde otro lugar para ofrecer cuidados) puede ser utilizada para ofrecer y apoyar la entrega de cuidados de salud, diagnóstico, consulta, tratamiento, transferencia de información médica, y educación. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán redes y protocolos para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente, información de imagen, e incluirán medidas para salvaguardar la información (Por favor ponga sus iniciales).

\_\_\_\_\_ Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también aplican a la telemedicina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho a negar o retirar mi consentimiento a utilizar telemedicina en cualquier momento durante el curso de mi tratamiento sin afectar mi derecho a cuidados o tratamientos futuros.

\_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable de salvaguardar mi información personal estando en un lugar privado durante la visita de telemedicina/ telefónica, y no grabando la visita por telemedicina (a menos que utilice emocha ®).

### Consentimiento para la Divulgación de Información y Asignación de Beneficios:

También autorizo a esta práctica a proporcionar información a la agencia aseguradora identificada para cualquier y todas las actividades de pago. Autorizo a que asignen todos los pagos por servicios recibidos directamente a esta práctica. Yo también consiento al uso de cualquiera de las necesidades operacionales de práctica como están identificadas en la Notificación de Práctica de Privacidad.

### Política Financiera:

Apreciamos que nos haya escogido para el cuidado de su salud. Seguiremos las siguientes políticas financieras para poder proveer consistentemente un cuidado y servicio de alta calidad. El/la paciente/persona responsable asume la responsabilidad de asegurarse que la obligación financiera ha sido satisfecha por los servicios del cuidado de la salud recibidos.

- Entiendo que soy responsable de todos los copagos, cantidades aplicadas a los deducibles, y otras cantidades que sean consideradas como mi responsabilidad por las fuentes de pago, como requerido en mi contrato con mi plan de seguros y regulaciones estatales.
- Entiendo que si tengo un copago en el seguro se espera que haga el pago cuando asista a mi cita.
- Entiendo que el contrato con mi entidad aseguradora puede o no cubrir algunos servicios. Todas las políticas de seguros no son iguales. Ellas varían por grupo empleador. Es mi responsabilidad verificar la cubierta aplicable antes de recibir los servicios. Por ejemplo, no todos los planes de salud incluyen pruebas de detección como un beneficio. Si busco cuidados fuera de los términos de contrato, estoy consciente de que podría ser responsable de todos los cargos incurridos.

Muchas gracias por su entendimiento y cooperación con esta política. Es nuestro privilegio poder ofrecerle cuidado médico.

He leído y entendido los Consentimientos y Política Financiera descritos aquí y accedo a aceptar toda la responsabilidad como está descrito.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente si es diferente a la Persona Responsable: \_\_\_\_\_