Información para el paciente de Juniper Health Inc.

Gracias por elegir nuestra oficina. Con el fin de brindarle un servicio adecuado, le solicitamos que proporcione la siguiente información: Identificación con foto y TODAS las tarjetas de seguro y

Nombre del paciente: _____SSN: _____Fecha de nacimiento: _____Nacimiento sexo: □Male □Female

Dirección postal: _____Ciudad _____Estado ____Código Postal_____

Teléfono de casa: _____Teléfono celular: _____Otro teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del Tutor Legal: _____Tutor Legal SSN: _____

Contacto de emergencia (Indique al amigo o pariente más cercano <u>que NO</u> vive con usted)

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

Parte responsable (si es diferente del paciente)

Nombre de la persona responsable de esta cuenta: _____Relación con el paciente: _____

Dirección: _____SSN: _____Fecha de nacimiento: _____

Empleo

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección Comercial: _____Ciudad: _____Estado: _____Código Postal: _____

Ingresos (para determinar la elegibilidad para nuestro programa de DESCUENTOS, incluso si tiene seguro)
Tamaño del hogar: _____ **Monto de los ingresos anuales del hogar:** _____

Marque la casilla correspondiente. Nuestra agencia de financiamiento federal nos EXIGE que hagamos estas preguntas.

Estado civil: □Soltero □Casado □Divorciados □Viudo □Separados

¿Eres estudiante? □Tiempo completo □Tiempo Parcial □No es un Estudiante

Raza: □Blanco □Negro/Afroamericano □Indio Asiático □Otros asiáticos □Chino
□Filipino □Japonés □Coreano □Vietnamita □Samoa □Nativo de Hawái
□Otro isleño del Pacífico □Guamaní o Chamorro □Indio Americano/Nativo de Alaska
□Más de una carrera □Negarse a especificar □Otra Raza

Origen étnico: □No Hispanos □Otros hispanos □Chicano/a □Puerto Rican □cubano □Mexicana
□Mexicano-Americano □Negarse a especificar □Desconocido

Idioma: □Inglés □Español □Francés □Criollo □Otros _____

¿Eres un veterano? □Sí □No

¿Es usted un trabajador migrante o de temporada? □No migrante ni estacional □Migrante □Estaciona

¿Eres una persona sin hogar? □No-sin hogar □Refugio □Transitorio □Duplicación Hacia arriba □Calle

¿Es usted residente de una vivienda pública? □Sí □No

_____ _____

Firma del paciente/tutor legal **Fecha**

JHI

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES

Juniper Health, Inc.

CONSENT TO TREATMENT

Autorizo/autorizamos voluntariamente la prestación de dicha atención médica, incluidos los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento de atención médica, por parte de agentes autorizados y los empleados de Juniper Health, Inc. (en lo sucesivo, la Clínica), el personal de atención médica o sus designados, según su criterio profesional se considere necesario o beneficioso y pueda incluir pruebas de VIH (el virus que causa el SIDA) y otras enfermedades transmitidas por la sangre. Reconozco que no se han ofrecido garantías en cuanto al efecto de dicho examen del tratamiento en mi estado o en el estado de la persona para la que se ofrecen garantías. en cuanto al efecto de dicho examen o tratamiento en mi condición o en la condición de la persona para la cual estoy debidamente autorizado a firmar. Entiendo que tengo el derecho de tomar decisiones con respecto a mi atención médica o la atención médica de la persona por la que soy debidamente responsable autorizado a tomar tales decisiones, incluido el derecho a negarse a procedimientos médicos y quirúrgicos. Reconozco que JHI puede utilizar los servicios de escribano u otra tecnología asistida por IA (inteligencia artificial) para mejorar la experiencia del paciente.

ADVANCE DIRECTIVES

☐ He formulado Directivas Anticipadas (testamento vital, declaración de sustituto de atención médica, poder notarial duradero, orden de DNR) y solicito que estas directivas rijan mi curso de atención, en la medida en que sea posible según la ley estatal o federal. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la Clínica una copia de mis Instrucciones Anticipadas y que esas directivas no regirán mi curso de atención hasta que se hayan archivado en mi registro médico.

☐ Directivas anticipadas adjuntas ☐ Directivas anticipadas no adjuntas

☐ No he formulado Directivas Anticipadas (testamento vital, declaración de sustituto de atención médica, poder notarial duradero, orden de DNR), pero entiendo que es mi derecho tomar decisiones con respecto a mi curso de tratamiento, incluida la ejecución de Directivas Anticipadas.

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Por la presente, cedo a Juniper Health, Inc. cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me brindan. Lo entiendo Juniper Health, Inc. tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Juniper Health, Inc., acepto enviar a Juniper Health, Inc., todos los pagos de seguro médico y otros pagos de terceros que reciba por los servicios que me presten inmediatamente después de recibirlos.

RENUNCIA A LA COBERTURA DE SEGURO

Entiendo que si mi elegibilidad para la cobertura no se puede confirmar en el momento del servicio, pero aún deseo recibir tratamiento de Juniper Health, será responsable del pago de todos los servicios prestados si posteriormente se determina que no soy elegible para la cobertura.

MODELO DE HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE: SELECCIÓN DE MÉDICO PERSONAL

Como paciente nuevo, el primer paso para administrar su propia atención es elegir un equipo de proveedores de atención que desee que le brinden su atención. Cada equipo de atención es dirigido por su propio clínico personal. Por favor, seleccione a su médico personal de la lista que aparece a continuación.

Médicos de Juniper Health Breathitt County:

☐ Derrick Hamilton, DO
☐ Brittany Fugate, DO
☐ Scotty Combs, APRN
☐ Travis Johnson, MD
☐ Allison Manning, APRN
☐ Tami Osborne, APRN
☐ Courtney Addison, APRN
☐ Kimerli Plumb-Moore, MD
☐ Jennifer Dickey, APRN
☐ Allie Clevenger, PA
☐ E. Allan Mendoza, MD
☐ Heather Banks, APRN
☐ Ashley Turner, APRN

Médicos de Juniper Health en el condado de Lee:

☐ Jessica Botner-Wilson, PA-C ☐ Brittany Fugate, DO ☐ Kelsea Combs, PA-C ☐ Tami Osborne, APRN

Médicos de Juniper Health en el condado de Wolfe:

☐ Alissa Bell, APRN ☐ Teresa Gevedon, APRN ☐ Brittany Fugate, DO ☐ Tami Osborne, APRN

Médicos de Juniper Health en el condado de Morgan:

☐ Sandra McClure, APRN ☐ George Chapman, DO ☐ Tami Osborne, APRN ☐ Travis Johnson, MD
☐ Allie Clevenger, PA

Médicos de Juniper Health en el condado de Elliott:

☐ Laken Nickell, APRN ☐ George Chapman, DO ☐ Tami Osborne, APRN

Médicos de Juniper Health en el condado de Menifee:

☐ Crystal Meyer, APRN

Solo dental:

No veo a un proveedor médico de Juniper Health. Mi dentista es:

☐ Lisa Hall, DMD ☐ Leigh Ann Gunnell, DMD

CONFIRMACIÓN DE LA FIRMA DEL PACIENTE

Por la presente, confirmo que he leído las siguientes Políticas de Juniper Health y reconozco que estas Políticas se publican en el vestíbulo de la clínica, pueden estar disponibles a pedido y se puede acceder a ellas a través del sitio web de Juniper Health (www.juniperhealth.org) o escanear código:

- Derechos y responsabilidades del paciente
- Directivas Anticipadas
- Póliza de exención de seguro
- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Póliza de Asignación de Beneficios
- Procedimiento de quejas del paciente

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Si el paciente no puede firmar, obtenga el consentimiento de su pariente más cercano o agente legal e indique el motivo marcando la casilla correspondiente:

☐ Menor ☐ Desorientado ☐ Médicamente inestable ☐ Incompetent

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Patients 18 years of age and older please complete this section:

I,_____give Juniper Health permission to release health information and/or treatment information to the following person(s):

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Patient Signature:_____Date:_____

Para pacientes MENORES de 18 años , complete esta sección:

Yo _____, padre/madre/tutor legal de _____autoriza a Juniper Health, Inc., a proporcionar servicios médicos a dicho niño. Doy permiso para que los siguientes adultos, que actúan como mi agente, traigan a mi hijo para recibir tratamiento. Autorizo a Juniper Health, Inc., a divulgar la información de salud de mi hijo con respecto al tratamiento que recibió mi hijo en esa fecha a la persona que trae a mi hijo para recibir tratamiento.
Entiendo que se le puede pedir a esta persona que presente una identificación con foto cuando traiga a mi hijo para el tratamiento.
Esta autorización expira un año natural a partir de la fecha de la ejecución.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación

Para pacientes MENORES de 18 años de edad por favor firme esta sección:

Fichado _____, Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha: _____

Consentimiento informado para los servicios de telesalud

Introducción

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica y los pacientes para compartir información médica individual del paciente con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden: incluyen médicos, de salud conductual, dentistas, farmacéuticos u otros. La información puede ser utilizada para el diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes, entre otros:

- Historias clínicas de los pacientes
- Imágenes de salud
- Audio y video bidireccional en vivo
- Salida de datos de dispositivos de salud y archivos de sonido y audio

Los sistemas electrónicos utilizados contarán con protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los Datos de identificación e imagen del paciente. Incluirá medidas para proteger los datos y garantizar su integridad frente a Corrupción involuntaria.

Beneficios esperados

- Mejor acceso a la atención médica cuando el paciente y el proveedor no están en el mismo lugar.
- Evaluación y gestión sanitarias más eficientes

Posibles riesgos

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telesalud. Estos riesgos incluyen: pero no se limita a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (p. ej., mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones adecuadas sobre la atención médica por parte del médico y los consultores;
- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento de la salud debido a deficiencias o fallos del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información de salud personal;
- En casos raros, la falta de acceso a registros de salud completos puede resultar en interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Entiendo el riesgo y el beneficio de la telesalud y su tecnología asociada. Entiendo que puedo incurrir en cargos Para mensajería y datos, es posible que se apliquen tarifas como resultado del uso de los servicios de telesalud.

Reconozco que la telesalud no está destinada a funcionar para emergencias médicas, y si estoy teniendo un problema de salud emergencia para llamar al 911 o buscar atención médica inmediata.

Doy mi consentimiento para el uso de mensajes de texto y otras formas de comunicación para ayudar a facilitar mi atención médica.

Entiendo que tengo derecho a rechazar y/o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento. Esto no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

□ Doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina
□ rechazo el uso de la telemedicina
□ Retiro mi consentimiento para la telemedicina

_____ _____

Nombre del paciente Fecha de nacimiento del paciente

_____ _____

Firma del paciente/tutor legal Fecha

Juniper Health, Inc. AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013 y permanece en vigor hasta que lo reemplacemos.

1. NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SALUD INFORMACIÓN

La privacidad de su información de salud es importante para nosotros y estamos comprometidos a protegerla. Como parte de este compromiso, cumplimos con las leyes federales y estatales que nos exigen mantener la privacidad de su información de salud y le proporcionamos este aviso. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir su información de salud. También describimos sus derechos y ciertos deberes que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información de salud.

2. NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos obliga a: 1. Mantenga su información de salud privada y segura. Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información. 2. Entregarle este aviso en el que se describen nuestras obligaciones legales, prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información de salud. 3. Siga los términos del aviso actual. 4. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento informándonos por escrito.

Tenemos derecho a: 1. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios estén permitidos por la ley. 2. Hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso entren en vigencia para toda la información de salud que conservamos, incluida la información previamente creada o recibida antes de los cambios.

Aviso de cambio en las prácticas de privacidad: Antes de realizar un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso, lo publicaremos en un lugar visible de nuestras instalaciones y pondremos a disposición el nuevo aviso si lo solicitamos.

3. USO Y DIVULGACIÓN DE SU SALUD INFORMACIÓN

La siguiente sección describe las diferentes formas en que usamos y divulgamos la información de salud. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, hemos enumerado todas las diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar información médica. No usaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún propósito que no se mencione a continuación, sin su autorización específica por escrito, incluido el intercambio de la mayoría de las notas de psicoterapia. Cualquier autorización específica por escrito que proporcione puede ser revocada en cualquier momento escribiéndonos a la dirección proporcionada al final de este aviso.

PARA TRATAMIENTO: Podemos usar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios de salud. Es posible que divulguemos su información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud u otras personas que lo estén cuidando. También podemos compartir su información de salud con sus otros proveedores de atención médica para: Ayúdelos a tratarlo.

PARA PAGO: Podemos usar y divulgar su información de salud para fines de pago. Es posible que se le envíe una factura a usted o a un tercero pagador. La información que aparece en la factura o que la acompaña puede incluir su información de salud.

PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica. Esto puede incluir la medición y mejora de la calidad, la evaluación del rendimiento de los empleados, la realización de programas de formación y la obtención de la acreditación, los certificados, las licencias y las credenciales que necesitamos para servirle.

REGISTRO DE SALUD COMPARTIDO : Podemos participar en acuerdos con otras organizaciones de atención médica o entidades gubernamentales, que han acordado trabajar entre sí para facilitar el acceso a la información de salud que puede ser relevante para su atención. Por ejemplo, si usted es admitido en un hospital de emergencia y no puede proporcionar información importante sobre su estado de salud, este acuerdo nos permitirá hacer que su información de salud esté disponible para aquellos que la necesiten para tratarlo. Almacenamos información de salud en un registro de salud electrónico que puede compartirse con otros proveedores de atención médica que participan en acuerdos con Juniper. Puede comunicarse al 606-464-0151 para obtener una lista de proveedores que participan en el acuerdo de registro de salud electrónico.

USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES: Además de usar y divulgar su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes propósitos:

Divulgaciones a socios comerciales: Para que podamos llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, podemos divulgar su información de salud a personas u organizaciones que realicen un servicio para nosotros o en nuestro nombre que requiera el uso o la divulgación de información de salud de identificación individual. Dichas personas u organizaciones son nuestros socios comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a una agencia que acredita a organizaciones de atención médica o a proveedores que prestan servicios a nuestro sistema de registros de salud electrónicos.

Familiares, amigos cercanos y otros cuidadores: Podemos usar y divulgar información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención. Compartiremos información sobre su ubicación, estado general o muerte. Si está presente, obtendremos su permiso si es posible antes de compartir o darle la oportunidad de rechazar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no puede dar o negar el permiso, compartiremos solo la información de salud que sea directamente necesaria para su atención médica, de acuerdo con nuestro criterio profesional. También utilizaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones en su mejor interés sobre permitir que alguien recoja medicamentos, suministros de salud, radiografías o información de salud por usted.

Ayuda en caso de desastre: Podemos compartir información de salud con una organización pública o privada o con una persona que pueda ayudar legalmente en los esfuerzos de ayuda en caso de desastre.

Investigación en circunstancias limitadas: Podemos utilizar la información de salud con fines de investigación en circunstancias limitadas en las que la investigación ha sido aprobada por una junta de revisión que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información de salud.

Director de funeraria, médico forense y médico forense: Para ayudarlos a llevar a cabo sus funciones, podemos compartir la información de salud de una persona que ha fallecido con un médico forense, un médico forense, un director de funeraria o una organización de obtención de órganos.

Funciones gubernamentales especializadas: Sujeto a ciertos requisitos, podemos divulgar o usar información de salud para personal militar y veteranos, para actividades de seguridad nacional e inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones de idoneidad médica para el Departamento de Estado, para instituciones correccionales y otras situaciones de custodia de las fuerzas del orden, y para programas gubernamentales que brindan beneficios públicos.

Órdenes judiciales y procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, bajo ciertas circunstancias. Bajo circunstancias limitadas, como una orden judicial, una orden judicial o una citación del gran jurado, podemos compartir su información de salud con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Podemos compartir información limitada con un oficial de la ley con respecto a la información de salud de un sospechoso, fugitivo, víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos compartir la información de salud de un recluso u otras personas bajo custodia legal con un oficial de la ley o una institución correccional bajo ciertas circunstancias.

Actividades de salud pública: Según lo requiera la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluido el abuso o negligencia infantil. También podemos divulgar su información de salud a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos con el fin de informar eventos adversos asociados con defectos o problemas de productos, para permitir retiros, reparaciones o reemplazos de productos, para rastrear productos o para realizar actividades requeridas por la Administración de Alimentos y Medicamentos. También podemos, cuando Estamos autorizados por ley para hacerlo, notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos usar y divulgar información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos compartir su información de salud si es necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otros. Podemos compartir información de salud cuando sea necesario para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a capturar a una persona que ha admitido ser parte de un delito o que ha escapado de la custodia legal.

C.* del** trabajadorCompensación:*** Podemos divulgar información cuando esté autorizado o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de

trabajadores u otras leyes similares

Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar información de salud a una agencia que proporciona supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, incluidas auditorías, investigaciones o procedimientos civiles, administrativos o penales, inspecciones, acciones disciplinarias o de licencias, u otras actividades autorizadas.

Aplicación de la ley: Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estas circunstancias incluyen la presentación de informes requeridos por ciertas leyes (como la presentación de informes de ciertos tipos de heridas), de conformidad con ciertas citaciones u órdenes judiciales, la presentación de información limitada sobre la identificación
y ubicación a petición de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, informes sobre presuntas víctimas de delitos a petición de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, delitos en nuestras instalaciones, y delitos en emergencias.

Recordatorios de citas: Podemos usar y divulgar información de salud con el fin de enviarle postales de citas o recordarle de alguna manera su
Citas.

Servicios médicos alternativos y adicionales: Podemos usar y divulgar información de salud para proporcionarle información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, y para describir o recomendar alternativas de tratamiento.

4. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a:

1. Mirar u obtener copias de ciertas partes de su información de salud. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no sea práctico para nosotros hacerlo. Debe presentar su solicitud por escrito. Puede obtener el formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se indica al final de este aviso. También puede solicitar acceso enviando una carta a la persona de contacto que figura al final de este aviso. Si solicita copias, le proporcionaremos una (1) copia gratuita y se le proporcionarán copias adicionales con un cargo de un dólar ($1.00) por cada página. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.
2. Recibir una lista de todas las veces que nosotros o nuestros socios comerciales compartimos su información de salud para fines distintos al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica y otras excepciones especificadas durante los seis años anteriores a la fecha en que lo solicitó.
3. Solicitar que impongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, y podemos decir "no" si afectaría su atención. Si estamos de acuerdo con las restricciones adicionales solicitadas, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia). Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que alguna ley nos exija compartir esa información.
4. Solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por diferentes medios o en diferentes ubicaciones. Su solicitud de que le comuniquemos su información de salud por diferentes medios o en diferentes lugares debe hacerse por escrito a la persona de contacto que figura al final de este aviso.
5. Solicitar que cambiemos ciertas partes de su información de salud. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que desea cambiar o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que desea cambiar. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, del cambio e incluir los cambios en cualquier intercambio futuro de esa información.
6. Si ha recibido este aviso electrónicamente y desea recibir una copia impresa, tiene derecho a obtener una copia impresa presentando una solicitud por escrito a la persona de contacto que figura al final de este aviso.
7. Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

5. PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros. También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (200 Independence Avenue SW, Washington DC 20201; 1 -877-696-6775; www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.) Puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja o presentar solicitudes relacionadas con cualquiera de sus derechos en la Sección 4 de este aviso escribiendo a la siguiente dirección:

Juniper Health, Inc.
Attn:
Cumplimiento
P.O. Box 690
Beattyville, KY 41311

Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Un paciente tiene derecho a una atención considerada y respetuosa, independientemente de su raza, credo o color.
2. Un paciente tiene derecho a obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Si el proveedor de atención médica cree que no es aconsejable proporcionar información al paciente, debe ponerla a disposición de un representante apropiado de la familia. El nombre del proveedor de atención médica debe estar disponible si se solicita.
3. Un paciente tiene derecho a recibir la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento, tratamiento, y a recibir información sobre procedimientos o tratamientos alternativos disponibles.
4. Un paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento en la medida en que lo permita la ley y si está plenamente informado de las consecuencias para la salud de la negativa.
5. Un paciente tiene derecho a la privacidad con respecto a su programa de atención médica. Las personas que no estén directamente involucradas en su cuidado deben tener su permiso para estar presentes durante las discusiones de casos, exámenes o tratamientos.
6. Un paciente tiene derecho al tratamiento confidencial de todos los registros relacionados con su atención.
7. Un paciente tiene derecho a una respuesta razonable a su solicitud de servicios. Si el proveedor de atención médica recomienda la derivación a otro médico, se debe proporcionar al paciente información completa y una explicación de la necesidad de derivación y cualquier alternativa posible.
8. Un paciente tiene derecho a conocer la relación entre su médico y los hospitales o cualquier otra institución de atención médica involucrada en su atención.
9. Un paciente tiene derecho a ser informado de cualquier plan, a participar en cualquier experimentación que afecte su atención o tratamiento y a negarse a participar en dichos proyectos.
10. Un paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de la atención y a ser informado de los requisitos de atención médica continua después del tratamiento por parte del proveedor de atención médica .
11. Un paciente tiene derecho a examinar su factura y recibir una explicación de todos o cualquier cambio, independientemente del método de pago.
12. Un paciente tiene derecho a ser informado de cualquier regla o regulación de la clínica que se relacione con su conducta como paciente.
13. El paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta como paciente, incluido su derecho a hacer sugerencias o presentar una queja. Todas las sugerencias o quejas deben ser comunicadas al Director Ejecutivo, y el Director Ejecutivo o la persona que éste designe dará audiencia a todas las quejas dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la notificación. Las apelaciones a la determinación del Director Ejecutivo pueden hacerse directamente ante la Junta del Centro.
14. Los pacientes deben asumir una responsabilidad razonable para mejorar su propio estado de salud. Las responsabilidades específicas incluyen maximizar los hábitos saludables, comunicarse abiertamente con el proveedor, darse cuenta de los límites del servicio de la medicina y cumplir con el plan de tratamiento para una enfermedad.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA / GARANTÍA DE PAGO

1. Como cortesía, esta oficina enviará las facturas a su compañía de seguros principal; Sin embargo, cada paciente tiene la responsabilidad final de su factura. También es responsabilidad del paciente averiguar lo que su seguro pagará o no pagará.
2. Es responsabilidad del paciente perseguir el pago lento o la falta de pago por parte de su compañía de seguros comunicándose directamente con la Compañía de Seguros con respecto al reclamo. Estaremos encantados de ayudarle con cualquier problema de cobro, sin embargo, tenga en cuenta que la factura sigue siendo responsabilidad total del paciente.
3. A ningún paciente se le negará el servicio simplemente por no poder pagar los servicios. Se espera que los pacientes sin cobertura de seguro de terceros proporcionen la información adecuada para completar un formulario de elegibilidad de escala móvil. Pacientes que califican para un descuento de escala móvil
   Se espera que pague una tarifa plana asequible en el momento en que se presten los servicios.
4. Puede haber un cargo de cincuenta dólares ($50.00) por un formulario que es completado por el proveedor que atiende.
5. Somos un proveedor de Medicare que participa activamente.
6. Habrá un cargo por servicio de veinticinco dólares ($25.00) por todos los cheques devueltos.
7. Las facturas de pago por cuenta propia se enviarán por correo a todos los pacientes mensualmente y vencen treinta (30) días a partir de la fecha de la factura. Una factura entra en mora después de ciento veinte (120) días sin pago. En caso de que no cumpla con este acuerdo, acepto pagar cualquier costo de cobranza u honorarios de abogados que resulten de la recopilación de mis cuentas.

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS DEL PACIENTE

Será política de Juniper Health, Inc. recibir, investigar y responder a las quejas de los pacientes y sus familias con respecto a la calidad de la atención médica/servicios lo antes posible de la siguiente manera.

Responsabilidad/Acción:

1. Paciente o familia
   a. Registre la queja verbal con el proveedor y el administrador.
   b. Solicitar direcciones por escrito de las personas o agencias apropiadas para registrar la queja.
2. Proveedor/Miembro del personal
   a. La queja se resuelve y los hallazgos/resultados se documentan en el Formulario de queja/queja del paciente y se entregan al administrador para su revisión.
   b. Proporcionar las direcciones de las personas o agencias apropiadas al paciente o al representante del paciente.
   c. Proporcionar al paciente privacidad para comunicarse, ya sea por escrito o por teléfono, con la persona o agencia apropiada, si es necesario.
3. **Consejero Delegado**
   a. Reseñas Formulario de Queja/Queja del Paciente
   b. El paciente es informado de los resultados.
   c. Archiva todas las copias de las quejas y su disposición final.

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Por la presente, cedo a Juniper Health, Inc. cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me brindan. Entiendo que Juniper Health, Inc. tiene el derecho de rechazar o aceptar la cesión de dichos beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Juniper Health, Inc., acepto enviar a Juniper Health, Inc., todos los pagos de seguro médico y otros pagos de terceros que reciba por los servicios que me presten inmediatamente después de su recepción.

INSURANCE COVERAGE WAIVER

Entiendo que si mi elegibilidad para la cobertura no se puede confirmar en el momento del servicio, pero aún deseo recibir tratamiento de Juniper Health, será responsable del pago de todos los servicios prestados si posteriormente se determina que no soy elegible para la cobertura.

ACCESS TO CARE

Salud de Juniper en el condado de Lee
Avenida Grande 1025
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-2401
Fax: (606) 464-3290
Horario de Oficina:
lunes: 8:00 AM – 8:00 PM
Martes – Viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

Salud de Juniper Condado de Breathitt
1484 Lakeside Drive
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950
Fax: (606) 666-9136
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 8:00 PM
sábado: 8:00AM – 5:00 PM

Salud de Juniper en el condado de Wolfe
202 Calle Plummer
Campton, KY 41301
Teléfono: (606) 668-7385
Fax: (606) 668-7009
Horario de Oficina:
Lunes y miércoles: 8:00 AM – 8:00 PM
Martes, jueves y viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

Dental de Juniper Health en el condado de Lee
60 Calle del Centro
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-9262
Fax: (606) 208-8122
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

Salud de Juniper en el condado de Morgan
1219 Calle Principal Oeste
Libertad Oeste, KY 41472
Teléfono: (606) 743-4808
Fax: (606) 743-4716
Horario de Oficina:
Lunes & Miércoles: 8:00 AM – 5:00 PM
Martes, jueves y viernes: 8:00 AM – 8:00 PM

Juniper Health Dental del Condado de Morgan
672 Calle Principal
Libertad Oeste, KY 41472
Teléfono: (606) 743-3030
Fax: (606) 743-7480
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00AM – 5:00 PM

Salud de Juniper en el condado de Elliott
308 N KY 7
Sandy Hook, KY 41171
Teléfono: (606) 738-9785
Fax: (859) 317-2148
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 5:00 PM

Salud de Juniper en el condado de Menifee
2085 US 460 Este
Frenchburg, KY 40322
Teléfono: (606) 768-3725
Fax: (606) 464-0152
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:30 AM – 5:00 PM

Sitios de servicios basados en la escuela
(Sitios de temporada: Solo abren cuando la escuela está en sesión)

Escuela Secundaria Juniper Health Breathitt
2307 Carril Bobcat
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950 Fax: (606) 666-9136
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Primaria del Condado de Breathitt de Juniper Health
90 Carretera LBJ
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950 Fax: (606) 666-9136
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela de la ciudad de Jackson de Juniper Health
940 Avenida Highland
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950 Fax: (606) 666-9136
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Primaria Juniper Health Rogers
1745 KY 715 S.
Rogers, KY 41365
Teléfono: (606) 668-7385 Fax: (606) 668-7009
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Primaria Sebastian de Juniper Health
244 Carretera LBJ
Jackson, KY 41339
Teléfono: (606) 666-9950 Fax: (606) 666-9136
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Primaria Highland-Turner de Juniper Health
10355 Carretera 30 W.
Booneville, KY 41314
Teléfono: (606) 666-9950 Fax: (606) 666-9136
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Secundaria del Condado de Wolfe de Juniper Health
303 Calle Johnson Norte
Campton, KY 41301
Teléfono: (606) 668-7385 Fax: (606) 668-7009
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Primaria Red River de Juniper Health
11134 KY-191
Verde avellana, KY 41332
Teléfono: (606) 668-7385 Fax: (606) 668-7009
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Primaria Campton de Juniper Health
166 KY-2491
Campton, KY 41301
Teléfono: (606) 668-7385 Fax: (606) 668-7009
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Primaria del Condado de Lee de Juniper Health
1665 Carretera 11 S.
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-2401 Fax: (606) 464-3290
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Escuela Secundaria Secundaria del Condado de Lee de Juniper Health
599 Avenida Lee
Beattyville, KY 41311
Teléfono: (606) 464-2401 Fax: (606) 464-3290
Horario de Oficina:
Lunes – Viernes: 8:00 AM – 4:00 PM

Si desea buscar asesoramiento de atención médica que no sea de emergencia de su médico personal durante el horario de atención, llame al número de teléfono de la clínica y hable con el personal de registro. El personal de registro dirigirá su llamada al miembro del equipo de atención correspondiente y recibirá una respuesta antes de que finalice el día hábil.

Para buscar asesoramiento de atención médica que no sea de emergencia después del horario de atención, llame al número de teléfono de la clínica y escuche la grabación de voz. Se indicará el número de teléfono del servicio de guardia fuera del horario laboral. Llame a este número para hablar con el servicio de guardia. Proporcione su nombre, el nombre y la edad del paciente, su número de teléfono y un breve resumen de su pregunta/problema. El servicio de guardia se pondrá en contacto con el proveedor de guardia. El proveedor de guardia, que tiene acceso completo a su historial médico, lo llamará al número proporcionado al servicio de guardia.

Para buscar atención médica de emergencia o consejo, vaya a la sala de emergencias más cercana. La sala de emergencias más cercana a Juniper Health Breathitt County, Juniper Health Lee County, y
Juniper Health Wolfe County es Kentucky River Medical Center ubicado en 540 Jett Drive, Jackson, KY. La sala de emergencias más cercana a Juniper Health Morgan County
y Juniper Health Elliott County es Morgan County ARH ubicado en 476 Liberty Road, West Liberty, KY. La sala de emergencias más cercana a Juniper Health Menifee
El condado es CHI St. Joseph Hospital ubicado en 225 Falcon Drive, Mt. Sterling, KY.

ELECTRONIC ACCESS TO CARE: PATIENT PORTAL

Juniper Health, Inc. ofrece a los pacientes acceso electrónico a la atención a través de nuestro Portal del paciente. Este servicio gratuito ofrece a los pacientes la oportunidad de:

- Solicita una cita
- Solicitar resurtidos de recetas
- Completar los formularios de preinscripción
- Reciba mensajes seguros para recordarle las próximas citas
- Recibir mensajes seguros para informarle de los resultados de laboratorio disponibles
- Visualice de forma segura su historial médico personal
- Hacer una pregunta sobre facturación
- Pague su factura en línea

Para acceder al Portal del paciente, visite el sitio web de Juniper Health en www.juniperhealth.org y haga clic en el enlace "Crear una cuenta", o solicite más información a uno de nuestros miembros del personal de registro principal.

FINANCIAL ACCESS TO CARE: SLIDING FEE SCALE DISCOUNT PROGRAM

Juniper Health, Inc. es un concesionario del Programa de Centros de Salud bajo 42 U.S.C. 254b. Este estado nos permite brindar servicios a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, independientemente de la capacidad de pago del paciente. La elegibilidad para el programa de descuento se determina según el tamaño del hogar y el ingreso anual total del hogar. Los pacientes deben completar una solicitud proporcionada por el personal de registro o facturación y deben proporcionar una verificación de ingresos. Juniper Health, Inc. acepta lo siguiente como comprobante de ingresos:

- Copia de la declaración de impuestos
- Talón de cheque de pago reciente
- Carta del Seguro Social/Discapacidad/Desempleo/Compensación para Trabajadores

Para obtener más información o para solicitar el Programa de Descuento de Escala Móvil de Tarifas, pregunte a nuestro personal de registro o facturación.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Es su derecho tomar decisiones sobre la atención médica que recibirá. Aquellos que le brindan servicios de atención médica son responsables de seguir sus deseos. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que no pueda decidir o dar a conocer sus deseos. Muchas personas quieren decidir con anticipación qué tipo de tratamiento quieren para mantenerlos con vida. Las directivas anticipadas le permiten dar a conocer sus deseos de tratamiento con anticipación. Una Directiva Anticipada es un documento escrito antes de una enfermedad incapacitante. Las instrucciones anticipadas indican su elección sobre el tratamiento y pueden nombrar a alguien para que tome las decisiones de tratamiento si usted no puede. Si tiene una directiva anticipada, aumenta su control sobre su tratamiento de atención médica en el futuro. También ayuda a garantizar su derecho a aceptar o rechazar la atención médica. Si tiene una directiva anticipada, puede ayudar a su familia a tomar decisiones en el futuro porque su familia sabrá lo que usted quiere y quién quiere que tome las decisiones por usted si usted no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Hay cuatro tipos básicos de directivas anticipadas:

1. Poder notarial médico: autoriza a alguien a tomar decisiones de atención médica en su nombre si usted se vuelve incompetente. Un poder notarial médico puede ser un documento separado o puede ser parte de un poder notarial duradero. Se pueden incluir otros poderes en el Poder notarial duradero que autoriza a alguien a actuar en su nombre.
2. Testamento vital: expresa sus deseos sobre el uso de soporte vital artificial para mantenerlo con vida si tiene una enfermedad terminal o está permanentemente inconsciente. También puede incluir su deseo de donar órganos y tejidos después de su muerte.
3. Sustituto de atención médica: usted designa a una persona que tomará decisiones de atención médica por usted si usted no puede hacerlo. Esta designación puede estar en un Poder Notarial, un Poder Notarial Médico, un Testamento Vital y/o una Orden de DNR.
4. Orden de No Resucitar (DNR, por sus siglas en inglés): ordena que, en caso de un paro cardíaco o respiratorio, se respeten sus deseos en la Orden de DNR. DNR significa que si su corazón deja de latir o si deja de respirar, el personal de los servicios de atención médica de emergencia no iniciará ningún procedimiento de atención médica para reiniciar la respiración o la función cardíaca.

Debemos documentar en su expediente médico si usted ha ejecutado o no una directiva anticipada. Si tiene una, necesitaremos una copia. Cumpliremos con sus directivas anticipadas. Se le brindará atención independientemente de si ha ejecutado o no una directiva anticipada. Respetaremos sus directivas anticipadas en la medida en que lo permita la ley, y respaldamos su derecho a participar activamente en la toma de decisiones sobre la atención médica.

HISTORIAL MÉDICO

DENTAL DE JUNIPER

HEALTH, INC.

Nombre del paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____Fecha: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? ○Sí ○No En caso afirmativo, nombre del médico: _____

¿Alguna vez has estado hospitalizado o has tenido una operación importante? ○Sí ○No En caso afirmativo, _____

¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? ○Sí ○No En caso afirmativo, _____

¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? ○Sí ○No En caso afirmativo,

_____

¿Tomas o has tomado, Phen-Fen o Redux? ○Sí ○No En caso afirmativo _____

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro ○Sí ○No Si _____

¿Medicamentos que contienen bifosfonatos?

¿Sigues una dieta especial? ○Sí ○No

¿Consumes tabaco? ○Sí ○No

¿Consumes sustancias controladas? ○Sí ○No En caso afirmativo _____

Mujeres: ¿Son ustedes..... □Embarazada/¿Intentando quedar embarazada? □Enfermería? □Tomar anticonceptivos orales?

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

□Aspirin □Penicillin □Codeine □Acrylic

□Metal □Latex □Sulfa Drugs □Local Anesthetics

□Otros □Sí □No En caso afirmativo _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes ¿Problemas médicos?

AIDS/HIV Positive	□Yes	□No	Cortisone Medicine	□Yes	□No	Hemophilia	□Yes	□No	Radiation Treatments	□Yes	□No
Alzheimer's Disease	□Yes	□No	Diabetes	□Yes	□No	Hepatitis A	□Yes	□No	Recent Weight Loss	□Yes	□No
Anaphylaxis	□Yes	□No	Drug Addiction	□Yes	□No	Hepatitis B or C	□Yes	□No	Renal Dialysis	□Yes	□No
Anemia	□Yes	□No	Easily Winded	□Yes	□No	Herpes	□Yes	□No	Rheumatic Fever	□Yes	□No
Angina	□Yes	□No	Emphysema	□Yes	□No	High Blood Pressure	□Yes	□No	Rheumatism	□Yes	□No
Arthritis/Gout	□Yes	□No	Epilepsy or Seizures	□Yes	□No	High Cholesterol	□Yes	□No	Scarlet Fever	□Yes	□No
Artificial Heart Valve	□Yes	□No	Excessive Bleeding	□Yes	□No	Hypoglycemia	□Yes	□No	Sickle Cell Disease	□Yes	□No
Artificial Joint	□Yes	□No	Excessive Thirst	□Yes	□No	Hives or Rash	□Yes	□No	Shingles	□Yes	□No
Asthma	□Yes	□No	Fainting Spells/Dizziness	□Yes	□No	Irregular Heartbeat	□Yes	□No	Sinus Trouble	□Yes	□No
Blood Disease	□Yes	□No	Frequent Cough	□Yes	□No	Kidney Problems	□Yes	□No	Spina Bifida	□Yes	□No
Blood Transfusion	□Yes	□No	Frequent Diarrhea	□Yes	□No	Leukemia	□Yes	□No	Stomach/Intestinal Disease	□Yes	□No
Breathing Problems	□Yes	□No	Frequent Headaches	□Yes	□No	Liver Disease	□Yes	□No	Stroke	□Yes	□No
Bruise Easily	□Yes	□No	Genital Herpes	□Yes	□No	Low Blood Pressure	□Yes	□No	Swelling of Limbs	□Yes	□No
Cancer	□Yes	□No	Glaucoma	□Yes	□No	Lung Disease	□Yes	□No	Thyroid Disease	□Yes	□No
Chemotherapy	□Yes	□No	Hay Fever	□Yes	□No	Mitral Valve Prolapse	□Yes	□No	Tonsillitis	□Yes	□No
Chest Pain	□Yes	□No	Heart Attack/Pressure	□Yes	□No	Osteoporosis	□Yes	□No	Tuberculosis	□Yes	□No
Cold Sores/Fever Blisters	□Yes	□No	Heart Murmur	□Yes	□No	Pain in Jaw Joints	□Yes	□No	Tumors or Growths	□Yes	□No
Congenital Heart Disorder	□Yes	□No	Heart Pacemaker	□Yes	□No	Parathyroid Disease	□Yes	□No	Ulcers	□Yes	□No
Convulsions	□Yes	□No	Heart Trouble/Dyspnea	□Yes	□No	Psychiatric Care	□Yes	□No	Venereal Disease	□Yes	□No
Yellow Jaundice	□Yes	□No									

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave que no se mencione anteriormente?? □Sí □No En caso afirmativo, _____

Comentarios:

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

_____ _____

Firma del paciente/tutor legal Fecha

Formulario de Consentimiento de Supervisión General

Nombre: _____ **Apellido:** _____ **Nacimiento:** _____

Para aumentar el acceso a la atención, la política de Juniper Health es permitir que un higienista dental con licencia brinde servicios a los pacientes sin que el dentista supervisor esté presente en la clínica si el dentista ha examinado al paciente dentro de los últimos siete (7) meses según KRS.313.040.

Por favor, lea las siguientes declaraciones y las iniciales de cada una:

_____ Reconozco que me informaron que el dentista supervisor no estaría presente en la clínica en el momento de mi cita.

_____ Acepto ser atendido sin que el dentista supervisor esté presente en la clínica en el momento de mi cita.

Firma del Paciente/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: _____