

Formulario de inscripción para paciente de Bluestone



Toda la información debe completarse

Información del paciente: utilice su nombre legal completo.

Cuidado de la memoria Vida asistida Hogar grupal Vida independiente

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ N.º de Seguro Social: _____ Género: M F Otro

Nombre del centro: _____ Número de teléfono: _____ Ciudad/estado del centro: _____

N.º de habitación del paciente: _____ Celular personal o teléfono directo del paciente (si aplica): _____

Estado civil (elija uno): Casado Divorciado Viudo En pareja Soltero

Raza/etnia: Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Hispano/Latino

Elige una o más Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico Blanco Prefiere no responder Desconocido

Idioma principal: _____ País de origen: _____ Se requieren servicios de intérprete

Alergias a medicamentos (**obligatorio**): _____

Seguro: presente una copia de las tarjetas del seguro.

N.º de identificación de Medicare: _____ (Si tiene Medicare, **se requiere** la identificación para la inscripción).

Plan principal: _____ N.º de la póliza: _____ N.º de grupo: _____

Plan secundario: _____ N.º de la póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre de la cobertura de medicamentos recetados: _____ N.º de identificación del plan: _____

Representante Legal

Comprendo que un paciente puede designar o nombrar voluntariamente a una persona distinta del paciente para tomar decisiones médicas en su nombre. A esta persona se le puede denominar en la documentación correspondiente con términos como poder notarial, representante sustituto de atención médica, apoderado de atención médica, poder notarial para atención médica, tutor, entre otros (denominados colectivamente aquí como el "Representante Legal"). Reconozco y acepto que, al proporcionar mi información a continuación y al firmar el formulario de consentimiento para servicios como Representante Legal, declaro y certifico que estoy legalmente autorizado para actuar y tomar decisiones en nombre del paciente. Se me solicitará proporcionar una copia de la documentación válida y vigente que describa mi función como Representante Legal para poder recibir comunicaciones relacionadas, incluso a través de Bridge. The Bridge es la plataforma donde usted puede comunicarse electrónicamente con el equipo de atención de Bluestone las 24 horas del día, los 7 días de la semana para realizar consultas, y donde el equipo de atención se comunicará con usted sobre la atención del paciente. Al firmar este formulario o cualquier otra documentación requerida por Bluestone como Representante Legal del paciente, libero y eximo de responsabilidad a Bluestone Physician Services y a sus representantes por cualquier reclamación o daño que surja de la confianza de Bluestone en mi declaración de que soy el Representante Legal del paciente. Si existe un/usted es el Representante Legal, proporcione su información de contacto a continuación:



Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de facturación:

Igual que el Representante Legal El propio paciente Otro _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorización para la divulgación de información de salud



Información del paciente: utilice su nombre legal completo.

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Comunidad y n° de habitación: _____

Divulgar información desde (obligatorio): (clínica o proveedor de salud anterior)

Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Divulgar información a:

Bluestone Physician Services
Attn: Medical Records Dept.
270 Main Street N., Suite 300
Stillwater, MN 55082

FAX: 855-490-4045 TELÉFONO: 877-599-1039

Información a divulgar (obligatorio) Indique ÚNICAMENTE la información que usted autoriza divulgar.

- Notas de las **cuatro** consultas más recientes con el proveedor Resultados de laboratorio e imágenes de los últimos dos años
 Altas hospitalarias de los **últimos dos años** Otro: _____

Por ley, debe solicitar específicamente la siguiente información para que pueda divulgarse:

Programa de dependencia química: Sí No Notas de salud conductual: Sí No

Esta autorización tiene como propósito proporcionar a mis proveedores de atención médica la autorización escrita necesaria para permitir que cada uno de ellos divulgue mi información de salud identificable individualmente, relacionada con mi salud o mi historia clínica, a Bluestone Physician Services. Por la presente renuncio a mi expectativa de privacidad en tales situaciones y acepto eximir de responsabilidad a cualquier entidad cubierta que actúe basándose en esta autorización.

Por medio de la presente autorizo la divulgación de mi información de salud identificable individualmente descrita anteriormente para fines de tratamiento y pago. Comprendo que esta autorización para divulgar información de salud es voluntaria. Comprendo que la información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el receptor y puede dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Comprendo que mi atención médica y el pago de la misma no se verán afectados por la firma de este formulario. Comprendo que puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo. Comprendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación escrita a Bluestone Physician Services. Comprendo que, si revoco esta autorización, no tendrá efecto sobre ninguna acción tomada por Bluestone Physician Services antes de recibir mi revocación. Esta autorización cubre encuentros/consultas pasadas, presentes y futuras, a menos que indique fechas específicas de tratamiento aquí:

____/____/____ a ____/____/____ Este consentimiento no vence a menos que indique una fecha específica de vencimiento aquí: ____/____/____
dd mm aaa dd mm aaa dd mm aaa

Reconozco y acepto que, al firmar este formulario como Representante Legal del paciente, declaro y certifico que estoy legalmente autorizado para actuar y tomar decisiones en nombre del paciente. Debo proporcionar una copia de la documentación válida y vigente que describa mi función como Representante Legal para poder recibir comunicaciones relacionadas. Al firmar este formulario o cualquier otra documentación requerida por Bluestone como Representante Legal del paciente, libero y eximo de responsabilidad a Bluestone Physician Services y a sus representantes por cualquier reclamación o daño que surja de la confianza de Bluestone en mi declaración de que soy el Representante Legal.

Firma del paciente o del Representante Legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del Representante Legal y autoridad para firmar por el paciente (p. ej., directiva anticipada de atención médica, poder notarial médico; debe incluir documentación)

Envíe por fax los formularios completados a: 855-306-1167

Consentimiento para servicios



Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Comunidad y n° de habitación: _____ Ciudad/Estado: _____

Consentimiento para servicios y divulgación de información para tratamiento: doy mi consentimiento para cualquier evaluación médica, tratamiento, servicios de atención preventiva y procedimientos que sean considerados necesarios o aconsejables por los proveedores médicos y sus designados de Bluestone. Consiento el uso de servicios de telemedicina durante mi diagnóstico y tratamiento con mi equipo de proveedores de Bluestone. La telemedicina implica el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas para interactuar y consultar con el/los proveedor(es) de atención médica. También autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud por parte de Bluestone para mi tratamiento, incluida la divulgación de mi información de atención médica a proveedores e instituciones de salud no relacionadas con Bluestone que puedan participar en mi atención.

Intercambio de información de salud: Bluestone puede divulgar mi información de salud a otros proveedores y acceder a mi información de salud de otros proveedores mediante un servicio localizador de registros o un servicio de información del paciente de un intercambio de información de salud, a menos que **me oponga marcando aquí:**

Esto aplica a la información de salud que Bluestone ya tiene sobre mí, a la información sobre atención futura que pueda recibir de Bluestone y a la información que Bluestone reciba de terceros. Este consentimiento permanecerá vigente a menos que lo cancele mediante notificación escrita a Bluestone o que expire conforme a lo dispuesto por la ley. La cancelación se aplicará después de la fecha en que se reciba la notificación de cancelación. No afectará a la información utilizada o divulgada antes de la cancelación.

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad (NPP, por sus siglas en inglés): la privacidad de su información de salud protegida es importante para nosotros. Le hemos proporcionado una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Describe cómo se manejará su información de salud en diferentes situaciones. Le solicitamos firmar este formulario para confirmar que recibí una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Esto incluye la situación en la que su primera fecha de servicio ocurrió electrónicamente. Confirmando que recibí el aviso de privacidad de Bluestone Physician Services, P.A., Bluestone National, LLC, Bluestone Physician Services Wisconsin y sus subsidiarias y afiliadas (colectivamente, Bluestone Physician Services [BPS]).

Consentimiento financiero del paciente: comprendo que es mi responsabilidad conocer los términos de mi seguro y, de acuerdo con ellos, pagar todos los copagos, coaseguros y saldos pendientes cuando correspondan. Comprendo que es mi responsabilidad leer y revisar la política de consentimiento financiero del paciente de Bluestone Physician Services (BPS), disponible en línea en BluestoneMD.com, y acepto cumplir sus términos.

Guiando una experiencia mejorada con la demencia (GUIDE, por sus siglas en inglés): algunos beneficiarios de Medicare califican para inscribirse en el programa GUIDE, diseñado para apoyar a personas con demencia mediante recursos adicionales sin costos compartidos. Comprendo que Bluestone debe enviar mi información a Medicare para verificar la elegibilidad y completar la inscripción en el programa. Comprendo que no seré inscrito hasta que mi equipo de atención solicite mi consentimiento. Autorizo a Bluestone a inscribirme en GUIDE a menos que yo lo rechace. Comprendo que mi plan de atención estará disponible en el portal del paciente y que hay más información disponible sobre este programa en el sitio web.

Uso de registros de atención médica en evaluaciones de programas y capacitación: autorizo a Bluestone a utilizar y divulgar la información recopilada durante mi tratamiento, incluidos mis registros de tratamiento, con fines de evaluación de programas, capacitación y revisión general de calidad, incluido el desempeño del personal y los resultados en Bluestone.

Gestión avanzada de la atención primaria (APCM, por sus siglas en inglés): APCM incluye servicios entre visitas para coordinar mis necesidades de atención crónica. Comprendo que estos servicios se facturarán a mi seguro mensualmente con los costos compartidos habituales según mi plan. Si soy beneficiario calificado de Medicare, no soy responsable de costos compartidos. Comprendo que solo un profesional puede proporcionar y facturar servicios de APCM en un mismo mes calendario y que tengo derecho a cancelar los servicios de APCM en cualquier momento, con efecto al final del mes. La información sobre este programa está disponible en el sitio web de Bluestone. Comprendo que no seré inscrito hasta que el proveedor de facturación solicite mi consentimiento. Autorizo a Bluestone a inscribirme en APCM a menos que lo rechace. Mi plan de atención APCM estará disponible en el portal del paciente.

Servicios de integración de salud conductual (BHI, por sus siglas en inglés): autorizo a Bluestone a inscribirme en servicios BHI cuando corresponda. Comprendo que el proveedor de facturación solicitará mi permiso para consultar con especialistas pertinentes, incluida una consulta psiquiátrica, y que se aplicarán costos compartidos incluso si el seguro cubre parte de ellos.

Consentimiento para el uso de historia clínica en investigación académica: autorizo a Bluestone Physician Services a utilizar o divulgar mi historia clínica para investigación médica o académica, incluidos los registros médicos creados en cualquier momento por Bluestone y los registros que Bluestone recibió de otros proveedores de atención médica, a menos que **me oponga marcando aquí:**

Consentimiento para uso de correo electrónico o SMS: autorizo a Bluestone a comunicarse conmigo, incluida información potencialmente sensible como facturación, pagos y citas, mediante mensajes de texto (también conocidos como SMS) y correo electrónico.

- Deseo excluirme de recibir mensajes de texto
- Deseo excluirme de recibir correos electrónicos de Bluestone

Tecnología de IA: doy mi consentimiento para el uso de tecnología de IA segura y conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) para capturar y transcribir audio de mi consulta con el único propósito de ayudar a la documentación clínica precisa.

Si es el Representante Legal quien firma este formulario: reconozco y acepto que, al firmar este formulario como Representante Legal del paciente, declaro y certifico que estoy legalmente autorizado para actuar y tomar decisiones en nombre del paciente. Se me solicitará proporcionar documentación válida y vigente que describa mi función como Representante Legal para poder recibir comunicaciones relacionadas. Al firmar este formulario o cualquier otra documentación requerida por Bluestone como Representante Legal del paciente, libero y eximo de responsabilidad a Bluestone Physician Services y a sus representantes por cualquier reclamación o daño que surja de la confianza de Bluestone en mi declaración de que soy el Representante Legal.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Legal (si está autorizado a firmar por el paciente): _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del Representante Legal: _____ Relación con el paciente: _____

Consentimiento para acceder a información de salud protegida (ISP) a través de Bluestone Bridge y el portal del paciente de Bluestone



Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Este formulario de consentimiento se utiliza para solicitar y autorizar el acceso de usuario a Bluestone Bridge y al portal del paciente de Bluestone.

Bluestone Bridge y el portal del paciente de Bluestone son sistemas de comunicación y registro de salud que cumplen con la HIPAA, donde usted o una persona autorizada pueden acceder en línea a información importante de salud y comunicarse con su equipo de atención de Bluestone en cualquier momento. Bluestone Bridge permite que los miembros del equipo de atención intercambien mensajes médicamente relevantes entre visitas regulares. El portal del paciente es una plataforma independiente que permite acceso adicional a información personal de salud.

Si usted es el paciente y ha firmado personalmente el formulario de consentimiento para servicios, firme en la sección siguiente para autorizar el acceso en línea a su información de salud protegida para usted y (opcionalmente) para una persona a quien desee otorgar acceso a su información médica y la posibilidad de comunicarse con su equipo de atención.



Si usted es el Representante Legal de una persona que no puede dar su consentimiento por sí misma, deberá enviar por fax o cargar mediante enlace seguro este formulario **junto con la documentación legal de respaldo** (directiva anticipada de atención médica, poder notarial para atención médica, prueba de tutela, etc.) a nuestra oficina lo antes posible. **Recibir esta documentación es la única forma en que podemos proporcionar acceso a la información de salud protegida a alguien distinto del paciente.**

Devuelva este formulario por uno de los siguientes métodos:
FAX: 855-306-1167 Carga segura: bluestonemd.sharefile.com/filedrop

*Este consentimiento aplica a la información de salud que Bluestone Physician Services ya tiene sobre mí, así como a la información sobre atención futura que pueda recibir y a la información que Bluestone reciba de terceros. Este consentimiento permanecerá vigente a menos que lo cancele mediante notificación escrita a Bluestone Physician Services o que expire conforme a la ley. La cancelación surtirá efecto **a partir de la fecha** en que se reciba la notificación de cancelación. No afectará a la información utilizada o divulgada antes de la cancelación.*

Al firmar este formulario, usted reconoce la información aquí proporcionada y solicita acceso a Bluestone Bridge y al portal del paciente de Bluestone para usted o para un Representante Legal, así como (opcionalmente) para otra persona designada. El acceso a estos sistemas incluye los registros de información de salud protegida del paciente mantenidos por Bluestone Physician Services, incluida la posibilidad de ver actualizaciones del estado de salud y comunicarse con el equipo de atención de Bluestone asignado.

Solicito que se me registre a mí o a un Representante Legal en Bluestone Bridge y el portal del paciente de Bluestone

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

(sólo una firma, por favor)

Firma del Representante Legal: (si está autorizado a firmar por el paciente) _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del Representante Legal: _____ Relación con el paciente: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

(Opcional) Cree un usuario adicional en Bluestone Bridge y el portal del paciente para la persona que autorizo a continuación

Nombre: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Importante: Se requiere un correo electrónico y número de teléfono válidos para acceder a Bluestone Bridge y al portal del paciente de Bluestone.

Si el paciente firma este formulario: autorizo a un representante personal a acceder a mi información de salud y comunicarse electrónicamente con mi equipo de proveedores de Bluestone a través de Bluestone Bridge o el portal del paciente.

Si el Representante Legal firma este formulario: reconozco y acepto que, al firmar este formulario como Representante Legal del paciente, declaro y certifico que estoy legalmente autorizado para actuar y tomar decisiones en nombre del paciente. Se me solicitará proporcionar documentación válida y vigente que describa mi función como Representante Legal para poder recibir comunicaciones electrónicas con el equipo de Bluestone a través de Bluestone Bridge o el portal del paciente. Al firmar este formulario o cualquier otra documentación requerida por Bluestone como Representante Legal del paciente, libero y eximo de responsabilidad a Bluestone Physician Services y a sus representantes por cualquier reclamación o daño que surja de la confianza de Bluestone en mi declaración de que soy el Representante Legal.

Para preguntas de TI sobre Bridge o el registro en el portal del paciente, comuníquese con la línea de soporte de TI: 855-794-9476
Para preguntas sobre inscripción o formularios de Representante Legal, comuníquese con el equipo de inscripciones: 877-599-1039

Envíe por fax los formularios completados a: 855-306-1167