



REGISTRACION DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

1. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO. Voluntariamente doy mi consentimiento para el cuidado y tratamiento como paciente interno o ambulatorio que realizará todos los proveedores de cuidado de salud en la Universidad de Colorado Campus Centro de Salud y en los centros de atención de salud. También doy mi consentimiento a los servicios de rutina, procedimientos para diagnóstico, tratamiento médico, y otros servicios de cuidado de salud que sean considerados necesarios por mis proveedores de cuidado de salud que me están tratando. Entiendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar una herida o hasta la muerte. Entiendo que tengo el derecho de consentir o rehusar el consentimiento a cualquier cirugía, procedimiento o tratamiento propuesto, y a discutirlo con mi proveedor de cuidado de salud. También entiendo que en el curso de mi tratamiento médico pueden tomar una o más fotografías de mi piel o herida(s) para ser utilizadas para monitorear mi tratamiento y guiar las intervenciones de los proveedores de cuidado de salud. Entiendo que personas quienes deseen conocer el desempeño de los proveedores de cuidado de salud pueden observar el tratamiento que recibo y doy mi consentimiento para esto, pero tengo el derecho en cualquier momento de rehusar a que esa persona observe y mi rechazo será respetado. Si esta Registración de Paciente y Consentimiento para Tratamiento es firmada como parte de la visita al Departamento de Emergencia o otra visita como paciente ambulatorio, continuará para cualquier admisión relacionada como paciente interno. Entiendo que si estoy participando en un protocolo de investigación y he firmado el formulario de consentimiento del Comité de Revisión Institucional Múltiple de Colorado COMIRB (siglas en inglés), todas las provisiones de esta Registración del Paciente y Consentimiento de Tratamiento debe aplicar a aquellos exámenes y servicios no incluidos dentro del protocolo de investigación.

2. AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION. Autorizo a la Campus Centro de Salud de la Universidad de Colorado y a los centros de atención de salud para utilizar información confidencial médica/ quirúrgica o otra información incluida en mi registro médico como sea necesario para reclamos de pagos, administración médica, o con el propósito de revisar la calidad del cuidado. Además autorizó la divulgación y liberación de dicha información confidencial a mi compañía de seguros o a otro plan de cobertura de salud, incluyendo pagos gubernamentales, como sea necesario a los reclamos de pago, administración médica y revisión de calidad de actividades realizadas por dicha compañía o plan, o sus designados. Esta autorización incluye la divulgación del diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el resultado de la prueba de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), información de abuso de alcohol y/o drogas, pruebas genéticas, trastornos congénitos, e información de salud mental. Entiendo que esta autorización de divulgación de información la puedo revocar por escrito en cualquier momento, pero solo con respecto al tratamiento propuesto y no con respecto al cuidado y tratamiento que ya me han sido prestados. Entiendo que si soy participante en un protocolo de investigación con seres humanos, mi información médica puede ser adicionalmente divulgada a las agencias y personas identificadas en el Formulario de Consentimiento COMIRB.

3. EXCENCION DE RESPONSABILIDAD DE VALORES PERSONALES. Entiendo que la Campus Centro de Salud de la Universidad de Colorado o cualquiera de sus centros de cuidado de salud no asumen ninguna responsabilidad por la pérdida o daño de mi propiedad personal.

4. ACUERDO DE PAGO Y ASIGNACION. Excepto cuando sea prohibido entre cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y la Campus Centro de Salud de la Universidad de Colorado, Médicos de la Universidad, Inc. (Plan de Práctica de la Facultad) o por la ley del estado o federal, estoy de acuerdo en ser responsable por mis copagos, deducibles y otros cargos por servicios médicos cubiertos o pagados por el seguro o por otros pagadores. Autorizo a la Campus Centro de Salud de la Universidad de Colorado y a los Médicos de la Universidad, Inc. presentar cualquier reclamo para pago de cualquier porción de las cuentas de pacientes y asignar todos los derechos y beneficios a la Campus Centro de Salud de la Universidad de Colorado y a los Médicos de la Universidad, Inc. según sea apropiado. Además estoy de acuerdo, sujeto a la ley del estado o federal, pagar todos los gastos, honorarios de abogados, gastos e intereses en el caso que la Campus Centro de Salud de la Universidad de Colorado y los Médicos de la Universidad, Inc. tomen acción para cobrar los mismos debido a mi falta de pago por completo los gastos incurridos. Al firmar a continuación, consiento de ser contactado por correo regular, por correo electrónico o por teléfono (incluyendo un número de teléfono celular) sobre cualquier asunto relacionado a la cuenta referida anteriormente por el acreedor, sucesores o designados. El consentimiento incluye cualquier actualización o

información de contacto adicional que yo pueda proveer y incluye el contacto que utiliza la tecnología de auto marcar y/o mensajes pregrabados.

He leído éste formulario, y al firmar éste formulario entiendo y estoy de acuerdo con lo que estipula. El consentimiento para tratamiento será efectivo por (1) año.

**Firma del paciente
(O padre/ guardián/ o otra persona autorizada
si el Paciente es menor, incompetente
mentalmente, o no puede firmar físicamente
éste formulario)**

Fecha

Testigo de la firma

**Nombre impreso y relación de la persona
Autorizada a firmar por el Paciente**

Razón por la cual el paciente no pudo firmar



**University of Colorado Campus Health Center &
University Physicians, Inc.**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO CONJUNTO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este documento, certifico que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad de University of Colorado Campus Centro de Salud y University Physicians, Inc.

Nombre (Firma)

Fecha

Nombre (en letra imprenta)

Sólo para uso interno

Razón por la cual no se obtuvo el reconocimiento de recibo: _____

Nombre (Firma)

Fecha

Nombre (en letra imprenta)



**Intercambio de Información Sanitaria (HIE por sus siglas en inglés)
Formulario explícito de petición para optar o declinar**

- Solicito que mi información sanitaria no sea visible electrónicamente mediante el Sistema de Información de University Of Colorado (HIE). Soy consciente de que mi información puede ser transmitida según sea necesario para proporcionar cuidados clínicos y para otros propósitos requeridos por la ley. También comprendo que mediante esta renuncia, mi información sanitaria no estará disponible en el sitio web en caso de emergencia.

Comprendo que esta solicitud sólo se aplica a la visualización de mi información sanitaria mediante el sistema de intercambio de información sanitaria. Reconozco que cuando veo a un médico para algún tratamiento fuera del Sistema de Salud de University of Colorado, ese médico(s) puede solicitar y recibir mi información médica por parte del Sistema de Salud de University of Colorado mediante otros métodos permitidos por la ley, tales como fax, correo o mensajería.

Soy libre de volver a optar por este servicio en cualquier momento y puedo hacerlo completando una solicitud para optar al Intercambio de Información Sanitaria (HIE) que puedo obtener de mi proveedor sanitario.

Se debe llenar un formulario separado por cada miembro de la familia que quiera renunciar.

- Previamente solicité la renuncia al sistema de Intercambio de Información Sanitaria (HIE) y ahora solicito que se me restablezca de forma que mi información sanitaria pueda estar accesible electrónicamente a los proveedores sanitarios autorizados mediante el sistema.

Se debe llenar un formulario separado por cada miembro de la familia que quiera restablecer su derecho.

Nombre del Paciente: _____ Nombre Intermedio: _____
 Apellidos del Paciente: _____
 Nombres Previos o alias: _____
 Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____
 Numero de contacto: _____

Firma del Paciente (o representante autorizado)
Si es menor de 18 años firme el tutor legal o el padre

Fecha de la Firma

Testigo



Campus Health Center Behavioral Health Guidelines

Please review this information prior to your first appointment.

- 1. Initial Appointment:** Please arrive at least 15 minutes prior to your appointment to complete paperwork. **Please bring your insurance card to the first appointment.**
- 2. Insurance:** If you have the student sponsored plan (currently United Healthcare Student Resources), your plan covers an unlimited number of visits at \$0 copay. Insurance will be billed if you have other insurance or Medicaid. If you have outside insurance, please check with your plan to verify coverage and benefits. If Campus Health Center Behavioral Health (billed through University Physicians Incorporated) is not in-network, we will help you find an in-network provider and facilitate your referral. You will be responsible for any co-payments at the time of service. We accept cash, checks and credit cards. Checks may be made out to **UPI**.
- 3. Missed Appointments:** You will be responsible for missed appointment fees – these are not covered by insurance. Please provide at least 24 hours' notice for cancellation or rescheduling of follow-up appointments.
 - 30 minute missed appointment fee: \$50.00
 - 50 minute missed appointment fee: \$80.00

Students who are more than 15 minutes late to their appointment will be asked to reschedule for another time.

Exceptions will be at the discretion of the individual clinician.

- 4. Rescheduling/Cancellations:** If you need to reschedule your initial intake appointment, please call 303-724-6242 at least 48 hours prior to the scheduled time. If you don't attend your intake appointment, you may reschedule, but this will not be done on an urgent basis. If you miss two intake appointments, the Campus Health Center team will review your situation prior to rescheduling.
- 5. Altered Mental Status:** If a student presents under the influence of alcohol or drugs at the time of their appointment or during walk-in hours, they will be asked to reschedule for another appointment time. In some instances this may result in a transport to the emergency department for further assessment *based on clinician discretion and reason for altered mental status.*

6. **Resuming Care with CHC:** If you have been seen previously by a Campus Health Center provider, please indicate that when you call to resume care with Campus Health Center.
7. **Changing Providers:** If you wish to change your assigned Campus Health Center provider, please first work with your current provider to attempt to resolve and address any treatment issues first. If you still have concerns, please notify Luciana Smith at 303-724-6242. The Campus Health Center team will review your case.
8. **Visit Frequency:** In order to remain a patient with Campus Health Center, you must be seen by your clinician for a **scheduled appointment** *at least* once every three months. Otherwise, your file will be closed.
9. **Prescription Refill Requests:** Please plan for a 72 hour window when requesting prescription refills. You may ask your pharmacy to contact us or you may contact your provider directly. If you choose to contact us directly, please provide the following information:
 - spell your last name
 - pharmacy phone number
 - date of birth
 - name of medication
 - dose of medication

Please keep in mind that Schedule II medications (e.g. stimulants) require a paper script and cannot be called in.

10. **CPDMP:** If a controlled substance is prescribed, your prescription information will be loaded into the Prescription Drug Monitoring Program and may be queried by authorized individuals.
11. **Confidentiality:** Information shared during appointments is confidential and will not be discussed or exchanged with anyone without your explicit written permission. However, there are several situations in which your clinician is legally bound to report to the appropriate authorities. These include indications of child abuse or domestic violence. Imminent danger to yourself or others may require the clinician to breach confidentiality in order to ensure safety.
12. **Email Communication:** Email communication is at the discretion of the student. Email accessed through My Health Connection is confidential. Email communication sent through other services cannot be guaranteed as confidential and may also be subject to less stringent privacy laws. If you are comfortable using email as a form of communication, please sign and date below.

13. **Off-Hours Coverage:** During regular business hours (Monday – Friday 7 am – 7pm), you may contact the Campus Health Center at 303-724-6242. For after-hours, holiday, and weekend coverage, call 720-848-0000 and ask to speak to the psychiatrist on-call.

Signed: _____ Date: _____

I am aware of the email communication policy and the potential risks of emailing with my provider. I am comfortable using email as a means of communication with my mental health provider.

Signed: _____ Date: _____