

CATEGORÍA: Prácticas de Privacidad



TEMA: Formulario para el Consentimiento del Paciente

FECHA DE VIGENCIA: 14 de abril del 2003

Antecedentes

De acuerdo con las reglas de privacidad que se establecieron recientemente por lo que en inglés se conoce como *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), las compañías aseguradoras y las organizaciones que proveen servicios de salud, como Pediatrix Medical Group, Inc., deben obtener una autorización específica de cada paciente para poder utilizar o revelar cualquier información médica protegida (IMP) que no se haya incluido en el formulario de consentimiento que se obtuvo previamente para tratamiento, pagos o funciones de salud.

Resumen

La ley federal requiere que todas las entidades mencionadas se esfuercen, según sea posible, por que los pacientes firmen un Formulario de Consentimiento. Hemos decidido que para nuestras prácticas con pacientes hospitalizados vamos a depender del consentimiento que obtuvo el hospital (generalmente con las Notificaciones o los Acuerdos de las Organizaciones para la Salud). Por lo tanto, a menos que el Oficial Encargado de la Privacidad en la Compañía le indique de otro modo a una práctica que tiene pacientes hospitalizados, no es necesario que los pacientes que estén en la Unidad de Cuidado Intensivo para Neonatos o en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico (NICU o PICU) firmen un formulario de consentimiento. Sin embargo, nuestras prácticas de consulta externa deben esforzarse, según sea posible, por que todos los pacientes nuevos firmen el formulario de consentimiento. A menos que se efectúe algún cambio en nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, la firma del paciente se necesita una sola vez (por el resto de la vida del paciente). Este requisito está vigente para todos los servicios que se prestaron y para todos los pacientes nuevos que se examinaron a partir del 14 de abril del 2003.

Procedimiento

1. Con la excepción de los cuidados que se administran en situaciones de emergencia, es necesario que todos los pacientes firmen un formulario de consentimiento antes de recibir cualquier servicio. El Formulario de Consentimiento del Paciente requiere que le proveamos inmediatamente al paciente nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad para que pueda revisarla antes de firmar el formulario.
2. Es necesario que los pacientes lean, firmen y escriban la fecha en el formulario. Una vez firmado, el formulario se debe colocar en el expediente del paciente. (Nota: A menos que cambiemos nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad, la firma del paciente se necesita una sola vez). El paciente tiene derecho a solicitar una fotocopia.
3. Si el paciente no puede revisar el formulario de consentimiento antes que se administren los servicios (por ejemplo, en situaciones de emergencia, si el paciente está inconsciente, etc.), se debe hacer todo lo posible por obtener consentimiento completo una vez el paciente pueda leer y firmar el formulario. En algunas circunstancias (por ejemplo, si transfieren al paciente a otro hospital), existe la opción de enviarle al paciente el formulario por correo después del tratamiento. Para enviar el formulario:
 - a. Hay que proveerle al paciente un sobre con la dirección de retorno
 - b. Se debe incluir una copia de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad
4. Si el paciente se niega a firmar el formulario de consentimiento, debe escribir "patient refusal" (el paciente se rehúsa) en la parte inferior del formulario junto con el nombre del paciente, la fecha, y cualquier razón que el paciente haya dado para su negativa. El formulario para el Consentimiento del Paciente debe colocarse en el expediente médico del paciente.

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
DE PEDIATRIX – OBSTETRIX MEDICAL GROUP Y SUS AFILIADOS**

Nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad (“Notificación”) provee información sobre: 1.) el derecho a privacidad que tienen nuestros pacientes; y 2.) la manera en que podemos utilizar y revelar información médica protegida (“IMP”) sobre nuestros pacientes. Las leyes federales requieren que les demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados (“Usted”) la oportunidad de revisar nuestra Notificación antes de firmar este consentimiento. Para su conveniencia, hemos colocado un resumen de una página en nuestras oficinas y en los hospitales donde rendimos nuestros servicios. Le vamos a facilitar por escrito una copia de nuestra Notificación y también puede leerla si visita nuestra página Web en el Internet, www.pediatrix.com /HIPAA Privacy/Notice of Privacy Practices.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad por favor envíe un mensaje electrónico (e-mail) a **privacy_officer@pediatrix.com** o una carta por correo al:

Privacy Officer
Pediatrix Medical Group, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

Le responderemos en un plazo de cinco (5) días laborables.

Al firmar este formulario usted únicamente está constatando que le hemos ofrecido acceso inmediato a nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente o de su Representante Autorizado	Fecha
---	-------

Escriba en letra de molde el Nombre del Paciente

Escriba en letra de molde el Nombre del Representante Autorizado