

PROGRAMA ODONTOLÓGICO ESCOLAR



INSCRIPCIÓN DENTAL
PARA ESTUDIANTES

Teléfono: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

Estimado padre/madre/tutor ~

Greater Portland Health (GPH), en asociación con los distritos escolares del condado de Cumberland, ofrece atención dental in situ en escuelas seleccionadas.

Complete y firme este Formulario de Inscripción Dental, el Formulario de Consentimiento para Tratamiento y el Formulario de Autorización para la Divulgación de Información a fin de permitir que su hijo/a tenga acceso a los servicios dentales en su escuela. Debe hacerlo incluso si su hijo/a es paciente de GPH.

Con su permiso, un odontólogo proporcionará los servicios* que usted indique a continuación. Marque todos los servicios que desea que su hijo/a reciba:

- ☐ Sí, me gustaría que se le realice un examen dental a mi hijo/a
- ☐ Sí, me gustaría que se le realice una limpieza dental a mi hijo/a
- ☐ Sí, me gustaría que mi hijo/a reciba un tratamiento con flúor
- ☐ Sí, me gustaría que mi hijo/a reciba selladores dentales para prevenir caries en sus dientes permanentes (si corresponde).

*Se enviará a casa con su hijo/a un informe de los servicios de salud bucal realizados.

El tratamiento de seguimiento lo proporciona un dentista de GPH en la clínica ubicada en Portland High School. El tratamiento puede incluir, entre otros, exámenes dentales, radiografías de diagnóstico, flúor, empastes, coronas y extracciones.

Si tiene alguna pregunta, llame al (207) 874-2141, ext. 8401, o envíe un correo electrónico a jmacdonald@greaterportlandhealth.org.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL

PRIMER NOMBRE LEGAL

SEGUNDO NOMBRE LEGAL

NOMBRE PREFERIDO

*nombre elegido, apodo, nombre de pila,
"Llámenme por este nombre"*

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes / Día / Año

ESCUELA

DOCENTE

GRADO

Nombre del
paciente: _____

Versión del formulario: 8.26

Fecha de
nacimiento: _____

1 de 11

PROGRAMA ODONTOLÓGICO ESCOLAR



INSCRIPCIÓN DENTAL
PARA ESTUDIANTES

Teléfono: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

LA COBERTURA DEL SEGURO DENTAL DEL ESTUDIANTE

Si su hijo/a tiene seguro dental, incluido MaineCare, se le facturará al seguro. No se le facturará a su familia por ninguna reclamación denegada o si su hijo/a no tiene seguro.

¿Su hijo/a tiene MaineCare (Medicaid)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el ID de MaineCare de su hijo/a?# _____

¿Tiene su hijo/a seguro dental privado/comercial? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro

Nombre del suscriptor	Mes / Día / Año Fecha de nacimiento	Relación con el paciente	
Nombre de la compañía de seguros	N.º de ID de afiliado	N.º de ID de grupo	Fecha de entrada en vigor
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

¿Su hijo/a tiene alergias? S o N (marque con un círculo una de las opciones) En caso afirmativo, menciónelas: _____

Enumere los medicamentos que toma su hijo/a: _____

Enumere cualquier antecedente de cirugías: _____

¿Padece su hijo/a alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ TDA/TDAH | ☐ Defectos del nacimiento | ☐ Diabetes tipo _____ |
| ☐ SIDA/VIH/hepatitis | ☐ Parálisis cerebral | ☐ Epilepsia/convulsiones |
| ☐ Ansiedad | ☐ Labio leporino / paladar hendido | ☐ Trastorno renal |
| ☐ Asma | ☐ Cáncer/tumores | ☐ Trastorno hepático |
| ☐ Autismo/Asperger | ☐ Cardiopatías congénitas | ☐ Problemas auditivos/del habla |

¿Dónde suele recibir atención su hijo/a? _____ Northern Light Health _____ InterMed

_____ MaineHealth _____ Martin's Point _____ Greater Portland Health Otro: _____

¿Quién es el dentista de su hijo/a? _____

☐ En la actualidad, mi hijo/a no tiene un dentista.

Si su hijo/a tiene un dentista, ¿cuándo fue la última vez que lo visitó?

☐ En el último año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca

Nombre del
paciente: _____

Versión del formulario: 8.26

Fecha de
nacimiento: _____

PROGRAMA ODONTOLÓGICO ESCOLAR



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ESTUDIANTE

La información que comparta en esta sección no afectará negativamente la atención de su hijo de ninguna manera. Es solo para fines demográficos.

Sexo legal
(marque uno):

- ☐ Masculino
☐ Femenino

¿Hay algo más que le gustaría compartir con nosotros sobre el historial del estudiante que pueda afectar su atención como paciente?

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Ingresos Totales Anuales del Hogar: _____

Raza:

- ☐ **Blanco**
Portugal, Alemania, Polonia, Bosnia, Países del Medio Oriente
- ☐ **Negro, africano, afroamericano**
haitiano, jamaicano, keniano, congoleño, etc.
- ☐ **Isleño del Pacífico**
Samoa, Guam, Micronesia, Tahiti, Palua, etc.
- ☐ **Asiático**
China Filipinas, Bangladesh, Nepal, Pakistán, Vietnam
- ☐ **Nativo de Hawái**
Nativo de cualquier isla de Hawái

- ☐ **Indígena del Sur/Centro/Norte de América, Nativo de Alaska**
Nativo Americanos, Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, abenaki, inuit, mayan, incan, puertorriqueño, Miskito, Chatino, etc.

- ☐ **Multirracial**
Más de una raza/etnia
- ☐ **Se niega a especificar**

Etnia:

- ☐ Hispano/latino ☐ No Hispano/no latino

Idioma de preferencia (elijá uno):

Inglés Español Francés Árabe Portugués Somalí Cantonés Lingala

ASL (discapacidad auditiva) Kinyarwanda Kirundi Swahili Otro: _____

Nombre del
paciente: _____

Versión del formulario: 8.26

Fecha de
nacimiento: _____

3 de 11

PROGRAMA ODONTOLÓGICO ESCOLAR



INSCRIPCIÓN DENTAL
PARA ESTUDIANTES

Teléfono: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Padre/madre/tutor Apellido

Padre/madre/tutor Nombre

Relación/rol

Fecha de nacimiento

Calle, Dpto./N.º de unidad

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de teléfono

¿Es usted paciente de Greater Portland Health ?

☐ SÍ

☐ NO

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor

Domicilio particular del estudiante (si es diferente al del padre/madre/tutor):

Al firmar este formulario, reconozco que:

- Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios dentales que he indicado anteriormente sin la presencia de un padre/madre/tutor durante el tiempo que dure la inscripción de mi hijo/a en un distrito escolar del condado de Cumberland con el cual GPH esté asociado.
- He recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de GPH, incluido en este formulario de inscripción.
- Entiendo que el Programa Odontológico Escolar de GPH es una entidad separada de la escuela y del consultorio del personal de enfermería escolar. Proporciona evaluaciones dentales y una variedad de tratamientos de atención médica bucal en una ubicación escolar mientras se comunica con otros proveedores de atención médica que también pueden estar involucrados en la atención de mi hijo/a.

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal

Fecha de la firma

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON FLUORURO DIAMINO DE PLATA (SDF)

¿QUÉ ES? El SDF es un líquido antibiótico multiusos que usamos en los dientes. No colocaremos SDF en los dientes delanteros.

PROCEDIMIENTO: Secar, aplicar 1 minuto, limpiar, aplicar barniz de flúor (opcional)

El sabor metálico/amargo desaparece rápidamente.

Volver a aplicar cada 6 meses o tratar con empastes.

BENEFICIOS:

- El SDF puede ayudar a detener o retardar la caries dental.
- El SDF puede ayudar a aliviar la sensibilidad dental.
- El SDF puede ayudar a pacientes muy jóvenes, temerosos o con necesidades especiales que requerirían sedación para el tratamiento tradicional.



EFFECTOS SECUNDARIOS/CONTRAINDICACIONES/RIESGOS:

- El SDF manchará de negro la caries que estamos tratando de forma permanente.
 - Los empastes y coronas del color del diente pueden decolorarse si se les aplica SDF.
 - Si se aplica SDF en las encías o la piel, puede aparecer una mancha marrón o blanca que desaparecerá en un plazo de 1-3 semanas.
 - **No use SDF si es alérgico a la plata o tiene llagas dolorosas o áreas en carne viva en las encías o en cualquier parte de la boca**
 - Para caries profundas, aumenta el riesgo de una reacción pulpar. Si esto ocurre, se puede tratar mediante una endodoncia o la extracción de un diente, dependiendo de la situación. En algunos casos, puede valer la pena la aplicación a pesar del riesgo de esta respuesta si permite una oportunidad de salvar el diente.
-
- El uso de SDF puede o no eliminar la necesidad de empastes dentales o coronas para reparar el diente.
 - Es posible que se necesiten procedimientos adicionales si el deterioro es profundo o no se puede detener con SDF.
 - Ningún tratamiento tendrá como consecuencia un deterioro continuo de los dientes. Los síntomas pueden desarrollarse o aumentar.
 - Las alternativas incluyen empastes, coronas, extracción o derivación para tratamiento/control avanzado

Por la presente, reconozco que he leído o se me ha explicado este acuerdo de consentimiento. Entiendo este consentimiento y el significado de su contenido, incluidos los beneficios y riesgos del SDF. Todas las preguntas fueron respondidas de manera satisfactoria. Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento con SDF.

☐ Sí, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba el tratamiento con SDF.

☐ No, no doy mi consentimiento para que mi hijo reciba el tratamiento con SDF.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente/padre/madre: _____ Fecha _____

Firma del proveedor dental: _____ Fecha _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, sus derechos respecto a su información sanitaria protegida (protected health information, PHI), cómo presentar una queja sobre una violación de la privacidad o seguridad de su PHI, o de sus derechos respecto a su PHI. Tiene derecho a copiar este Aviso (en papel o en formato electrónico) y a discutirlo con el Responsable de Privacidad de Greater Portland Health ("GPH") al 207-874-2141 si tiene alguna pregunta.

Este Aviso aplica a toda la PHI, incluida, si corresponde, la información sobre el Trastorno por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD).

Usos y divulgaciones de su PHI:

Cuando solicita atención médica a GPH, se documenta un registro de la interacción. Este registro puede contener sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y un plan para su atención/servicios futuros. Esta información forma parte de su historia clínica/médica y es una parte esencial de la atención/servicios médicos que le prestamos. La información sobre usted en el registro a veces se denomina PHI y la GPH está obligada por ley a proteger la privacidad de la PHI. Cualquier uso y divulgación de su PHI no descrito en este aviso solo estará permitido con notificación a usted y con su consentimiento previo por escrito, el cual tiene derecho a revocar en cualquier momento. Un ejemplo implica actividades de marketing.

Podemos utilizar y divulgar su PHI sin autorización por escrito separada:

- Para planificar y brindar su atención y tratamiento,
- En comunicación con los profesionales de salud que contribuyen a su atención,
- Para la comprobación a terceros pagadores (compañías de seguros) de que se prestaron servicios,
- Al realizar operaciones sanitarias, incluyendo evaluaciones de calidad sobre la atención que prestamos y los resultados que alcanzamos,
- Para informarle sobre servicios y tratamientos que puedan interesarle,
- Para cumplir con las leyes estatales y federales que nos obligan a revelar su PHI, y
- Si su PHI incluye registros de SUD generados en relación con un programa de SUD respaldado por fondos federales, y si ha firmado un formulario de autorización para la divulgación de su otra PHI a un tercero, la autorización es suficiente por ley para permitir la divulgación de la información de SUD.

Restricciones especiales:

No divulgaremos PHI ni testificaremos sobre el contenido de sus registros confidenciales en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo sin su consentimiento escrito específico o una orden judicial. La presentación de PHI para procedimientos judiciales (basada en una citación u otro mandato legal y una orden judicial) no se llevará a cabo sin que antes le demos un aviso para darle la oportunidad de impugnar la producción o de ser escuchado de otro modo, si dicha notificación y/o oportunidad es requerida por la ley federal.

Divulgaciones sobre servicios para trastornos por consumo de sustancias en un programa "Parte 2".

Si su PHI incluye registros de SUD generados en relación con un Programa "Parte 2" (es decir, un programa SUD respaldado por fondos federales), cualquier divulgación permitida u obligatoria para tratamiento, pago u operaciones sanitarias a otro proveedor o Programa SUD podrá ser revelada adicionalmente por ese programa o proveedor sanitario si, y en la medida permitida por la ley federal, sin requerir un consentimiento escrito separado de parte de usted. Si firma un formulario de autorización para la divulgación de su PHI a un tercero, y cubre tanto registros generales de PHI como registros de SUD, no será necesario un formulario de consentimiento separado para las divulgaciones de SUD.

Sus derechos con respecto a su información médica.

Aunque su historia clínica es propiedad física de GPH, la PHI le pertenece a usted. Según las Normas Federales de Privacidad, usted tiene derecho a:

- Recibir notificación del uso y divulgación de su expediente médico, incluida una copia en papel del aviso si lo solicita,
- Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica o solicitar que enviemos sus comunicaciones confidenciales por medios alternativos,
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente,
- Solicitar que se modifique su expediente médico,
- Asegurar la precisión de su PHI, y
- Solicitar un informe de determinados usos y divulgaciones de su PHI.

Nuestras responsabilidades.

GPH tiene la obligación de:

- Mantener la privacidad de su información médica, incluidas las notas de psicoterapia y asesoramiento sobre SUD, a menos que consienta o se aplique una excepción a la divulgación.
- Proporcionarle información sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de GPH con respecto a la información médica que recopilamos y conservamos sobre usted.
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso más reciente.
- Notificarle si GPH no puede cumplir con una restricción solicitada.
- Aceptar solicitudes razonables con respecto a medios alternativos para comunicarse sobre su PHI.
- Si GPH se involucra en la recaudación de fondos, le da la oportunidad de decidir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de GPH.
- Proporcionarle un único formulario de consentimiento que permita a GPH utilizar y divulgar su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

GPH se reserva el derecho de cambiar y modificar sus prácticas de privacidad para seguir cumpliendo con las leyes federales y estatales. En caso de que se produzca un cambio sustancial, se pondrá a disposición o se distribuirá un Aviso modificado en la medida en que lo exija la ley.

Divulgaciones permitidas sin consentimiento.

GPH está autorizada a utilizar y divulgar su información médica sin su consentimiento:

- Para fines relacionados con el tratamiento,
- Para fines relacionados con el pago,
- Para operaciones sanitarias, y
- Cuando lo exija la legislación estatal o federal.
- Cuando la ley lo permita, en comunicaciones con socios comerciales; para recordatorios de citas; a las autoridades sanitarias gubernamentales, incluidos los médicos estatales, la Administración de Alimentos y Medicamentos, organizaciones de adquisición de órganos, esfuerzos de las autoridades para actividades y protección de salud pública, incluidas divulgaciones relacionadas con servicios de protección infantil o de adultos; emergencias médicas; donación de órganos o tejidos; fines de

investigación con datos desidentificados; forense; servicios para cumplir con las leyes relativas a la compensación laboral; para ciertas funciones gubernamentales especializadas permitidas, incluidas operaciones militares o esfuerzos de ayuda ante desastres; a las autoridades gubernamentales de aplicación de la ley en respuesta a una orden judicial, o en otras situaciones legales como denunciar un delito o responder a ciertas citaciones válidas.

Divulgaciones permitidas con la posibilidad de excluirse. GPH puede comunicarse con usted, tras haberle dado la oportunidad de objetar u optar por no participar, respecto a: divulgaciones a familiares y cuidadores si son relevantes para la implicación de esa persona en su cuidado o el pago por su cuidado; solicitudes sobre beneficios o productos relacionados con la salud; para operaciones de recaudación de fondos; para los esfuerzos de marketing de GPH.

Acuerdo de atención médica organizada.

GPH es miembro de Community Care Partnership of Maine ("CCPM"), un "Acuerdo de atención médica organizada" centrado en mejorar la salud de las comunidades a las que presta servicio. Los miembros de CCPM, en colaboración con las compañías de seguros, utilizan análisis de salud de la población, revisión de la utilización, actividades de evaluación y mejora de la calidad y otras estrategias basadas en la evidencia para mejorar su atención médica. Los miembros son mutuamente responsables de la salud de todos los pacientes atendidos por CCPM. Las entidades que conforman este Acuerdo de atención médica organizada incluyen los siguientes centros de salud y hospitales comunitarios: Cary Medical Center, Bucksport Regional Medical Center, Servicios Comunitarios Clínicos, Eastport Health Care, Fish River Rural Health, Harrington Family Health Center, Health Access Network, HealthReach Community Health Centers, Islands Community Medical Services, Mount Desert Island Hospital, Katahdin Valley Health Center, Millinocket Regional Hospital, York County Community Action Corporation, Pines Health Services, Penobscot Valley Hospital, Pines Health Services, Centro Médico Regional en Lubec, Sacopee Valley Health Center, GPH, Sebasticook Family Doctors, St. Joseph Hospital y St. Croix Regional Family Health Center. El Acuerdo de atención médica organizada de CCPM permite a estas entidades cubiertas independientes, incluida GPH, compartir entre sí la PHI según sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica permitidos en relación con el trabajo del Acuerdo de atención médica organizada, salvo que lo limite alguna ley, norma o reglamento. La lista de entidades puede actualizarse para incluir nuevas entidades en el futuro. Puede acceder a la lista más reciente en www.ccpmmaine.org/members o llamar al 207-992-9200.

Para obtener más información, solicitar información o informar un problema

Si cree en sus derechos de privacidad respecto a cualquier información confidencial de salud, incluida la información sobre el tratamiento con SUD si han sido infringidos por GPH, puede comunicarse con el Responsable de Privacidad de GPH, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141; www.greaterportlandhealth.org. También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Consulte la página web de la Oficina de Derechos Civiles www.hhs.gov/ocr/hipaa/ para más información.

GPH no le impondrá ninguna sanción por presentar una queja.

Vigente: 2 de enero de 2026

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/02/16/2024-02544/confidentiality-of-substance-use-disorder-sud-patient-records>



Centro médico escolar (SBHC, School-Based Health Center) de Greater Portland Health

Autorización para la divulgación de información

Mediante mi firma abajo, reconozco y acepto lo siguiente con respecto a la inscripción de mi hijo(a) en el School-Based Health Center (SBHC) de Greater Portland Health (GPH) y a la divulgación del historial médico de mi hijo(a) y la información relacionada a éste:

- He recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad de GPH que informa sobre la manera en que la información de salud en el expediente de salud de mi hijo(a) puede usarse y divulgarse, de acuerdo con las normas de confidencialidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act).
- Autorizo a los SBHCs de GPH a acceder al expediente de salud escolar de mi hijo(a), incluyendo, entre otros, los expedientes físicos, de conducta y de orientación si los hay, y toda información relacionada con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el SBHC de GPH.
- Autorizo al SBHC de GPH a proveer a la Escuela (incluyendo al/la enfermero(a) y a trabajadores sociales) información de los expedientes del SBHC de GPH según sea necesario y apropiado con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro médico de GPH.
- Autorizo al SBHC de GPH a compartir la información en los expedientes del SBHC de GPH (incluyendo los expedientes de salud escolar si están incluidos en el expediente del SBHC de GPH) con otros médicos y proveedores tratantes, incluyendo proveedores de atención primaria, dentistas, y profesionales de salud mental, para facilitar la prestación de atención médica a mi hijo(a).
- Autorizo al proveedor de atención primaria, dentista y profesional de salud mental de mi hijo(a) (“Terceros proveedores”) a entregar información y expedientes de salud al SBHC de GPH para facilitar la prestación de atención médica por parte del SBHC de GPH a mi hijo(a). Entiendo que dichos Terceros proveedores pueden solicitarme que firme una autorización independiente para permitir la divulgación de los expedientes relacionados con el tratamiento por parte de los Terceros proveedores.
- Autorizo al SBHC de GPH a divulgar información de los expedientes del SBHC de GPH, según sea necesario para facturar a las compañías de seguro u otros pagadores.
- Entiendo y estoy de acuerdo con que: i) esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se disponga aquí una duración más corta; y que (ii) puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación escrita sobre el retiro de la autorización, excepto en la medida en que el SBHC de GPH lo haya hecho conforme al consentimiento original.

✍ **Firma del padre/madre/tutor:** _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra imprenta: _____ **Parentesco:** _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Greater Portland Health (GPH) es un centro de salud comunitario que brinda atención médica integral para la salud física y mental, incluidos servicios relacionados con VIH/SIDA y atención odontológica, a toda la comunidad. GPH utiliza una historia clínica electrónica (EHR) que mantiene toda su información médica en un solo lugar. Para brindarle la mejor atención posible, los proveedores de GPH pueden ver cualquier parte relevante de su historial médico para su tratamiento, incluidos los registros de salud física o mental, tratamiento por consumo de sustancias o atención odontológica.

1. **Consentimiento general para tratamiento:** Autorizo a los proveedores de GPH a realizar exámenes, pruebas de diagnóstico y procedimientos para evaluar mis afecciones de salud, y a proporcionar la atención (incluido el tratamiento de emergencia), los servicios o terapias necesarios para diagnosticarme y tratarme de manera eficaz. Entiendo que es responsabilidad de los profesionales que me tratan explicarme la naturaleza de la atención, el tratamiento, los servicios, los medicamentos recetados, las intervenciones sugeridas o los procedimientos propuestos. Antes de someterme a cualquier procedimiento o prueba, los profesionales que me atienden me explicarán los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, incluidos los posibles problemas que podrían ocurrir durante la recuperación, la probabilidad de éxito, otras opciones, incluidos los riesgos o efectos secundarios relevantes para esas alternativas, y la información sobre las posibles consecuencias por elegir no someterme al tratamiento recomendado.
2. **Derecho a rechazar el tratamiento:** Entiendo que puedo rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o considerado necesario desde el punto de vista médico por los profesionales de atención médica que me atienden, y que sigo siendo responsable de las decisiones que adopte sobre mi propia atención médica y de las consecuencias de esas decisiones.
3. **Responsabilidad de pago:** Entiendo que debo pagar a GPH los cargos que deriven de mi tratamiento. Solicito que el pago de los beneficios cubiertos autorizados se realice en mi nombre a GPH por dichos servicios. Entiendo que GPH puede compartir mi información médica, incluida la información relacionada con el VIH/SIDA, el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (según lo permita o exija la ley) y la atención médica de salud mental, con mi(s) compañía(s) de seguros a los fines de pago y verificación de beneficios.
4. **Aviso de prácticas de privacidad (NPP):** Entiendo que GPH debe mantener la confidencialidad de mi información médica, pero legalmente puede usarla para tratarme, recibir pagos por los servicios que se me brindaron, coordinar mi atención o para las operaciones internas necesarias de GPH.
5. **Divulgación de información de atención médica:** Comprendo que, supeditado a ciertas condiciones, puedo solicitar limitaciones en la manera en que se comparte mi información, pedir recibir mis comunicaciones en una dirección o número de teléfono específico y revisar u obtener copias de mi información médica protegida ante una solicitud por escrito de mi parte. Tengo otros derechos con respecto a mi información médica, según se indica en el NPP.
6. **Seguro:** Si tengo una cobertura de seguro activa, me aseguraré de que mi plan de seguro incluya a mi médico de atención primaria (PCP) de GPH para que se realice la facturación correctamente y pueda acceder a la atención especializada. Entiendo que GPH tiene derecho a comunicarse con el proveedor de mi plan de seguro para proporcionar información actualizada si el PCP que figura en la lista no es correcto.
7. **HealthInfoNet (HIN) y Sistema de información sobre vacunación de Maine (ImmPact):** GPH participa en ambos sistemas. HIN es una plataforma electrónica segura donde los proveedores de atención médica de Maine comparten información de los pacientes para tomar decisiones de tratamiento más informadas. ImmPact es un repositorio centralizado seguro y administrado por el estado para los registros de vacunación. Los proveedores de Maine deben registrar las vacunas allí. Estos son programas de exclusión voluntaria; si desea obtener más información o excluirse, pregúntele a un miembro del equipo de atención.
8. **Resultados de análisis de laboratorio:** GPH contrata a NorDx Laboratories para determinados servicios de laboratorio. Cuando NorDx se encarga de los análisis, los resultados están disponibles en la EHR de MaineHealth. Tanto los proveedores de GPH como los de MaineHealth pueden acceder a los resultados de sus análisis de laboratorio para respaldar su atención, ayudar a tomar decisiones informadas y coordinar el tratamiento.
9. **Tecnología de asistencia:** GPH utiliza diversas herramientas informáticas avanzadas, incluida la inteligencia artificial (IA), para brindar apoyo a los profesionales y a los equipos de atención. Estas tecnologías no reemplazan a su proveedor de atención médica. No recurrimos a sistemas de IA para tomar decisiones sobre su atención. Un médico clínico titulado que lo conoce a usted y a sus antecedentes médicos hará las evaluaciones finales y las recomendaciones sobre su diagnóstico y tratamiento.

10. **Normas de conducta adecuada:** GPH debe ser un entorno seguro y respetuoso para todos. No se admiten comportamientos peligrosos, abusivos o amenazantes, y pueden dar lugar a la creación de acuerdos de atención colaborativa y a la posible expulsión del consultorio.
11. **Derecho a presentar quejas:** Conozco mis derechos a presentar quejas que se establecen en la Política de gestión de quejas de GPH.
12. **Firma:** Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. Si tengo preguntas sobre mi consentimiento, se las formularé a un miembro del equipo de atención antes de firmar este formulario.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____
(Si es menor de 18 años, debe firmar el padre/la madre o el tutor legal) ccg5/2026